Congrès Médical de Québec

20-21-22 JUILLET 1908

QUATRIEME CONGRES

DE

L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

DE L'AMERIQUE DU NORD

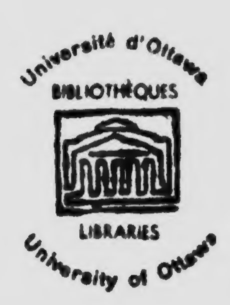
TENU A QUEBEC, LES 20, 21 ET 22 JUILLET, 1908.

SOUS LA PRÉSIDENCE DU

Dr. ARTHUR SIMARD

Professeur à l'Université Laval de Québec.





TEXTE DES MEMOIRES

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DU

Dr. ALBERT PAQUET

QUEBEC.

Québec.
IMP. LAFLAMME & PROULX.

1910

Officiers Généraux de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord depuis sa fondation

CONGRES DE QUEBEC

25-27 JUIN 1902

PRÉSIDENT

PROF. BROCHU, QUÉBEC.

VICE PRÉSIDENTS

PROF. E. P. LACHAPELLE, MONTRÉAL.
DR ARCHAMBAULT, COHOES, N. Y., E. U.
DR C. PRÉVOST, OTTAWA.

SECRÉTAIRES GÉNÉRAUX

DR. A. SIMARD, QUÉBEC. DR A. LESAGE, MONTRÉAL.

TRÉSORIERS

DR A. MAROIS, QUÉBEC. DR V. CLÉROUX, MONTRÉAL.

CONGRES DE MONTREAL

28-30 JUIN 1904

PRÉSIDENT

PROF. A. FOUCHER, MONTRÉAL.

VICE-PRÉSIDENTS

PROF. M. J. AHERN, QUÉBEC.

DR O. LARUE, PUTNAM, CONN., E. U.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

DR J. A. Le SAGE, MONTRÉAL.

SECRÉTAIRES

DR A. SIMARD, QUÉBEC. DR A. LARAMÉE, MONTRÉA

DR A. BÉDARD, LYNN, MASS., E. U.

TRSORIER GÉNÉRAL

DR S. BOUCHER, MONTRÉAL.

TRÉSORIER

DR A. MAROIS, QUÉBEC.

CONGRES DES TROIS-RIVIERES

26-28 JUIN 1906

PRÉSIDENT

DR. L. P. NORMAND, TROIS-RIVIÈRES.

VICE-PRÉSIDENTS

DR J. O. CAMIRAND, SHERBROOKE.

DR. J. E. DUBE, MONTRÉAL.

DR G. A. BOUCHER, BROCTON, MASS., E. U.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

DR CHARLES DE BLOIS, TROIS-RIVIÈRES.

SECRÉTAIRES

Dr Eug. ST-JACQUES, Montréal.

Dr F. X. DORION, Québec.

TRÉSORIER

Dr J. A. ST-PIERRE, Trois-Rivières

Deuxième Congrès de Québec

20-21-22 JUILLET 1908

PRÉSIDENT

Dr. ARTHUR SIMARD, Québec.

VICE-PRÉSIDENTS

Dr H. HERVIEUX, Montréal.

Dr J. O. SIROIS, St-Ferdinand d'Halifax.

Dr E. E. J. LANOIE, Fall-River, Mass., E. U.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Dr ALBERT PAQUET, Québec,

SECRÉTAIRES

Dr B. BOURGEOIS, Montréal.

Dr ALEX. EDGE, Québec.

Dr ODILON LECLERC, Québec.

Dr EMILE NADEAU, Québec.

TRÉSORIER

Dr N. A. DUSSAULT, Québec.

INTRODUCTION

—

Lorsque fut fondée l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, un double but devait être atteint : relèvement scientifique de la profession, stimulant patriotique de la race. Aussi le premier Président terminait-il son introduction du rapport de 1902 en disant : « La nouvelle Association à raison de son vaste programme et de son caractère à la fois scientifique et national est appelée à déterminer un courant des plus progressifs parmi les jeunes générations qui vont suivre, et ajouter ainsi un nouvel élément de force et de vitalité à notre nationalité canadienne-française sur cette terre d'Amérique.»

Née de ces deux idées : science et patrie, l'œuvre qu'avait fondée Monsieur le Professeur Brochu, à laquelle il avait donné avec tout son enthousiasme, tout le dévouement qui l'accompagne, ne pouvait manquer de prospérer et porter ses fruits.

Elle débutait en 1902 par un premier congrès coïncidant avec un anniversaire cher à tous les intellectuels du pays et à toute la race, le cinquantenaire de l'Université Laval. La profession Médicale était heureuse de profiter de l'anniversaire scientifique au Canada pour présenter au public une Association qui venait seconder par ses efforts l'œuvre entreprise cinquante ans auparavant pour le développement des forces vives du peuple canadien français.

Après avoir tenu à Montréal et à Trois-Rivières deux réunions non moins importantes, il n'était que juste de joindre à cette origine scientifique une fête du souvenir et la célébration du Troisième centenaire de la Fondation de Québec fit choisir l'aïeule comme siège du quatrième congrès.

La vieille ville qui fut le berceau de notre jeune pays, devait attirer à cette occasion un nombre considérable de visiteurs anxieux de venir saluer en parents ou en amis ses murs ennoblis par trois siècles d'existence et sa charmante bonhomie française encore toute imprégnée de XVIIe siècle.

Les médecins suivirent ; ils vinrent en grand nombre porter leurs adhésions au Congrès. Ce ne fut pas tout ce qu'ils y portèrent mais la vague de patriotisme ardent qui passait sur Québec et l'entraînement de la fête les éloigna nécessairement un peu des séances par trop didactiques.

Du reste le travail est plus difficile au son des trompettes et des tambours, et les salves d'artillerie vinrent nécessairement déranger dans leurs réduits nos confrères pourtant remplis de bonne volonté.

Comment eut-il pu en être autrement ? Québec avec une coquetterie bien propre à nos grand'mères s'était rajeunie de ses trois siècles passés. Pavoisée de drapeaux et d'oriflammes, elle avait retrouvé dans les gardes robes de la vieille France tous ses atours d'antan, et pour la féliciter de ce regain de jeunesse, deux nations amies avaient jeté l'ancre au pied de sa citadelle.

C'est au moment de cette manifestation de vitalité de la race canadienne-française que s'ouvrait le IVe Congrès.

La séance d'ouverture eut lieu dans les salles de l'Université Laval et fut suivie d'une réception et d'une fête de nuit dans les jardins du Séminaire. Outre les membres du Congrès, l'élite de la population assistait à cette réunion et l'on pouvait y voir à côté des uniformes militaires des médecins de la flotte les palmes vertes de l'Institut de France. La science médicale française avait bien voulu envoyer vers les fils de ses écoles deux représentants chargés de leur apporter l'expression de sa vive sympathie.

Le Professeur Simard, Président du Congrès y prononça avec cette connaissance parfaite de la langue que tous lui savent, un discours fort applaudi, où il sut rappeler l'évolution de la médecine au pays et les conditions difficiles où s'est longtemps trouvé le corps médical. Puis engageant le public à reconnaître les services rendus par l'art et la science médicale, il rappela la raison d'être de l'Association.

Les jours suivants les diverses commissions siégeaient et les questions mises à l'étude étaient longuement discutées. Il est inutile d'insister sur le mérite de ces travaux, leur publication pourra mieux que tout éloge donner une juste idée de leur valeur.

Après trois jours, le Congrès se terminait par une fête

champêtre au Lac Saint-Joseph et la réunion était fixée à Sherbrooke en 1910.

Comme nous le disions au début, les fêtes éclatantes du troisème centenaire avaient nécessairement diminué un peu la valeur de notre réunion au point de vue scientifique. Il ne faudrait pas en conclure que cette coïncidence ne présentait que des inconvénients. Au contraire, elle rappelait en même temps le but national de l'Association et la chose est assez importante pour mériter une mention spéciale au moment où, comme le disait le Président du Congrès « les diverses nationalités sur la terre d'Amérique se grouppent, s'efforcent de prévaloir, veulent être grandes » !

Le gouvernement Français voulut reconnaître l'effort de ces médecins d'outre mer qui vont en si grand nombre puiser à la source même, les connaissances des grands maîtres. Aussi l'Association fut-elle heureuse d'apprendre qu'elle avait été honorée, dans la personne de son Président le Docteur Simard auquel fut décernée la décoration d'Officier de l'Instruction Publique. Le Docteur Odilon Leclerc qui s'était occupé activement de l'organisation reçut celle d'officier d'Académie.

L'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord avait manifesté une fois de plus en même temps que sa raison d'être, sa pleine vitalité. Elle continuera à faire son œuvre en travaillant toujours au développement de son idée première, en cherchant à développer chez tous ses membres l'esprit scientifique en même temps qu'elle y maintient l'amour de la race.

A. Vallée.

CIRCULAIRES DE CONVOCATION

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

QUÉBEC, le 27 Janvier 1908

Monsieur et très honoré confrère.

Nous avons l'honneur de vous informer que le quatrième Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, aura lieu à Québec, vers le milieu du mois d'août prochain. Une communication ultérieure vous en fera connaître la date précise.

Cette réunion des membres de la profession médicale coïncidera avec les fêtes par lesquelles les citoyens de notre ville, se préparent, avec le concours des plus hautes autorités civiles du Canada, à célébrer le troisième centenaire de la fondation de Québec par Samuel de Champlain.

L'idée de cette coïncidence, émise à Trois-Rivières en 1906, fut accueillie avec le plus vif enthousiasme, et c'est pour cette raison que, il y a six mois, quand la date des fêtes du tricentenaire fut remise à 1909, nous jugeâmes à propos de retarder aussi notre Congrès. Mais la célébration du troisième centenaire a été définitivement fixée à la date primitive, et en conséquence nous avons cru bien faire de nous conformer en ce qui regarde la tenue de notre Congrès à ce changement.

Nous avons tout lieu de croire à l'adhésion sans réserve du corps professionnel à la décision que nous avons prise.

Nous nous estimons particulièrement heureux de réunir dans les murs de la vieille capitale française du Canada, nos confrères de ce pays et de l'étranger, et de leur offrir à cette occasion la plus franche et la plus cordiale hospitalité.

Dans l'espoir d'un accueil favorable de votre part, nous vous prions d'agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

Le Président général. — ARTHUR SIMARD.

Le Secrétaire général. — ALBERT PAQUET.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

QUÉBEC, le 31 Mars 1909

Monsieur et cher confrère,

Il a été décidé que les fêtes du troisième centenaire de la fondation de Québec commenceront le 20 juillet prochain.

Le Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, qui doit coincider avec ces fêtes, se réunira donc lui-même à Québec le 20, 21, et le 22 juiliet 1908, et tiendra ses séances dans les salles de l'Université Laval.

En vous faisant savoir la date de la session prochaine de notre Congrès, nous avons l'honneur de vous prier de prendre connaissance des détails d'organisation que nous vous communiquons; vous y verrez quelles sections médicales se partageront les travaux du Congrès et quelles questions seront l'objet des rapports officiels de ces sections.

En dehors de ces études d'ordre général, chaque médecin pourra, s'il le désire, présenter au Congrès un travail particulier sur toute question qu'il aura lui-même choisie. Il lui suffira d'en donner avis à l'avance, sur le bulletin d'adhésion des membres actifs que vous trouverez ci-joint.

Notre Congrès s'annonce sous les plus heureux auspices. La présence des médecins les plus distingués, et surtout le concours des spécialistes éminents qui ont voulu se charger de développer les sujets mis à l'ordre du jour assurent à nos délibérations un caractère hautement scientifique.

Avons-nous besoin d'insister sur l'importance de pareilles réunions ? L'expérience a prouvé que les Congrès sont pour la science un des vigoureux stimulants du progrès. Ils favorisent l'échange des idées, provoquent la discussion, font briller la lumière sur des points jusque-là obscurs, ils établissent aussi entre les membres d'une même profession des liens durables d'amitié et de solidarité.

Ajoutons que les fêtes du troisième centenaire de la fondation de Québec, pendant lesquelles notre Congrès siègera, vont fournir à tous ceux que préoccupe le problème de l'avenir de la race française en Amérique une occasion unique d'étudier l'œuvre accomplie par nos compatriotes et de s'associer à leurs espérances. Si, en effet, les Français de ce continent ont à compter avec le développement d'autres peuples pleins de vitalité, ils ne veulent, pour cela, ni abdiquer le rôle glorieux que la Providence leur a confié, ni renoncer à leur esprit propre et à leurs aspirations nationales. Les fêtes de cet été seront, nous en avons la confiance, une affirmation solennelle des droits de notre langue, de la permanence de nos traditions et de l'influence croissante de notre race.

Ces raisons, monsieur et cher confrère, nous permettent d'espérer qu'en votre qualité de médecin de race et de langue française, vous vous ferez un devoir patriotique de prendre part à notre œuvre, et que s'il vous est impossible de contribuer au succès du Congrès par un travail personnel, vous n'hésiterez pas du moins à nous adresser votre adhésion comme membre participant. Nous annexons, à cet effet, à la présente circulaire un bulletin que vous voudrez bien remplir et nous retourner, si c'est possible, d'ici au 1er juin prochain.

Veuillez agréer, monsieur et très honoré confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments et l'assurance de notre parfait dévouement.

Le Président général. *Le Secrétaire général.*

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Québec, le 1er juin 1908.

Monsieur et cher Confrère,

Les membres du comité d'organisation du Congrès de Québec ont eu l'honneur de vous adresser, durant le mois d'avril dernier, une lettre circulaire pour vous faire connaître la date précise de notre réunion. Cette lettre portait en outre à votre connaissance les trois questions mises à l'étude, et renfermait avec la liste des officiers généraux et ceux de chacune de trois sections, les deux bulletins d'adhésion et de communication de travaux.

Un grand nombre de confrères ont répondu à l'appel en nous retournant leurs bulletins. Le nombre des adhésions déjà recueillies et des travaux mis en préparation, dépassent à l'heure actuelle toutes les espérances, assurant ainsi au Congrès un succès éclatat.

Le travail d'organisation se poursuit avec ardeur, et dans quelques semaines nous pourrons vous faire part du programme officiel et complet de cette réunion scientifique.

Une quatrième section, consacrée exclusivement à la chirurgie dentaire, sera constituée par les dentistes de langue française de l'Amérique du Nord. Les doyens et directeurs des écoles et sociétés dentaires de France seront cordialement invités à en faire partie. D'après la liste des travaux déjà soumis à cette section, on est assuré d'entendre traiter et discuter toutes les questions qui récemment ont excité l'intérêt du dentiste, et qui promettent aujourd'hui de révolutionner complètement ses méthodes.

Nous ajoutons à la présente circulaire un certain nombre de renseignements complémentaires qui seront utiles à tous ceux qui désirent prendre part à notre congrès.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur et et très honoré Confrère, l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

Le Président général. *Le Secrétaire général.*

IVᵉ CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

QUÉBEC, 2 juillet 1908.

Monsieur et très honoré Confrère,

Nous avons l'honneur de vous rappeler que le quatrième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord aura lieu à Québec les 20, 21, et 22 juillet courant.

Vous êtes tout cordialement invité à prendre part à ce grand ralliement professionnel et dans ce but vous trouverez sous ce pli tous les renseignements concernant l'organisation générale.

Tout semble promettre que le présent Congrès dépassera par le nombre des adhérents les congrès passés.

Les communications très importantes déjà inscrites en assurent le succès scientifique.

Les sociétés savantes de France seront largement représentées et nous comptons sur un bon nombre de médecins étrangers.

Avec l'espérance de votre précieux concours, veuillez agréer, Monsieur et cher Confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le Président général,
ARTHUR SIMARD.

Le Secrétaire général.
ALBERT PAQUET.

QUESTIONS MISES À L'ORDRE DU JOUR

Infections des Voies biliaires ; Co-rapporteurs : MM. les Drs A. Lesage, Montréal, Alb. Paquet, Québec.

Hygiène dans l'enseignement ; Co-rapporteurs : MM. les Drs C.-R. Valin, Montréal, M.-D. Brochu, Québec.

Tuberculose rénale ; Co-rapporteurs : MM. les Drs Eug. St-Jacques, Montréal, P.-C. Dagneau, Québec.

DIVERS RENSEIGNEMENTS

Un bureau de renseignements siégera en permanence depuis lundi, 20 juillet, à 8 hrs a. m., jusqu'à la fin du Congrès, dans l'entrée de l'Université Laval.

LOGEMENTS

Les congressistes inscrits qui désirent s'assurer des chambres, devront se mettre en communication avec M. le docteur E. Nadeau, à l'Hôpital d'Immigration à Québec, secrétaire du comité des logements. Ils devront indiquer le nombre de chambres simples ou doubles, la durée de leur séjour à Québec et le prix qu'ils désirent payer. Les prix varient de $2 à $3 par chambre simple et de $4 à $5 par chambre double. Ils trouveront, en arrivant à Québec, l'adresse précise de la chambre qui leur aura été attribuée.

Le comité des Logements siégera en permanence pendant le Congrès dans l'Université Laval. Il s'est assuré un nombre de chambres suffisant pour faire face à toutes les demandes et dirigera les membres à la satisfaction de tous.

On pourra aussi réserver des tentes dans la Ville des Tentes, par le même intermédiaire.

TRÉSOR

Le trésorier sera à la disposition des congressistes à partir de 8 hrs., a. m., lundi 20 juillet, dans l'entrée de l'Université Laval.

IVe CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Québec, 20, 21, 22 juillet 1908

ORGANISATION

Comité Exécutif du Congrès

Président — Arthur Simard, Professeur à l'Université Laval, gouverneur du collège des Médecins, officier de l'Instruction publique, Québec.

Vice-Présidents — H. Hervieux, Professeur à l'Université Laval, Montréal : J.-O. Sirois, Gouverneur du Collège des Médecins, St-Ferdinand d'Halifax ; E.-E.-J. Lanoie, Fall-River, E.-U.

Secrétaire général — Albert Paquet, Professeur à l'Université Laval, Québec.

Secrétaire à Montréal — B. Bourgeois.

Secrétaires à Québec — A. Edge, O. Leclerc, E. Nadeau.

Trésorier — G.-A. Dussault, Professeur à l'Université Laval, Québec.

Section de Médecine

Président — Arthur Rousseau, Québec.
1er *Vice-Président* — Sévérin Lachapelle, Montaéal.
2e *Vice Président* — J.-P. Pelletier, Sherbrooke.
3e *Vice-Président* — N. Baudet, Fall-River.
Secrétaire — O. Leclerc, Québec.

Section de Chirurgie

Président — Prof. A. Marier, Montréal.
1er *Vice-Président* — Dr. J. Bergeron, Chicago.
3e *Vice-Président* — Dr. L.-G. Pineault, Campbelton.
Secrétaire — Dr. G. Rhéaume, Montréal.
Asst.-Secrétaire — Dr. P.-A. Gastonguay, Québec.

Section d'Hygiène et d'Intérêts professionnels

Président — Dr. A. Laurendeau, St-Gabriel de Brandon.
1er *Vice-Président* — Prof. René Fortier, Québec.
2e *Vice-Président* — Dr. G. Bourgeois, Trois-Rivières.
3e *Vice-Président* — Dr. J. C. S. Gauthier, St-Ephrem d'Upton.
Secrétaire — Dr. S. Roch, St-Gabriel de Brandon.
Asst.-Secrétaire — Dr. J. Décarie, Montréal.

Section d'Art Dentaire

Président honoraire — Edmond Casgrain, Québec.
Président — Aimé Lantier, Québec.
1er *Vice-Président* — Joseph Nolin, Montréal.
2e *Vice-Président* — Arthur Langlois, Québec.
Secrétaire — Philippe Hamel, Québec.
Ass.-Secrétaire — Arthur Beauchamp, Montréal.
Secrétaire correspondant — L.-N. Lemieux, Québec.

COMITÉ DE RÉCEPTION

Président : S. Grondin

A. Rousseau,
A. Marois,
M. J. Ahern,
W. Verge,
Ed. Turcot,
Chs. Verge,
A. Potvin,
E. Lebel,
W. Jolicœur,
R. Paquin,
P.-V. Faucher,
J.-F.-X. Dorion,
A. Jobin,
E. Mathieu,
D. Brochu,
D. Pagé,
Jos. Gosselin,
C.-O. Samson,
J. Martin,
J. Desvarennes,
R. Myrand,
R. Larue,
A. Drouin,
C. Dagneau,
O. Leclerc,
Jos. Vaillancourt,
E.-M.-A. Savard,
E. Dion,
Alex. Edge,
E. Nadeau,

J. Pineau 't,
A. Lantier,
L.-N. Lemieux,
L.-N. Fiset,
Arthur Vallée,
Arthur Leclerc,
Ed. Verge,
Phil. Hamel.

IVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

RÈGLEMENT GÉNÉRAL

Art. 1. — Le quatrième Congrès de Médecine s'ouvrira à Québec, le 20 juillet, à 3 h. p. m., dans les salles de l'Université Laval et sera clos le 22 du même mois.

Le but de ce Congrès est double : l'avancement scientifique et l'étude des questions sociales et d'intérêt professionnel.

Art. 2. — Le Congrès se composera de médecins nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation requise.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits que les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister aux réunions et prendre part aux travaux du Congrès. Des privilèges spéciaux seront accordés aux représentants de la presse.

Art. 3. — Tout membre du Congrès recevra sa carte d'identité après avoir fait parvenir sa cotisation au trésorier. Cette carte, essentiellement personnelle, donnera droit à tous les avantages réservés aux membres du Congrès.

Les titulaires sont priés de la porter toujours sur eux. Sur sa présentation, ils pourront prendre part aux fêtes organisées pendant le Congrès.

Le versement à faire est de *cinq dollars*.

Art. 4. — Les membres titulaires du Congrès, dûment inscrits auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation.

Art. 5. — Ils auront, en outre, droit aux comptes-rendus des travaux du Congrès, lesquels seront remis aux congressistes aussitôt après leur publication.

Art. 6. — Sections du Congrès : — Le comité a cru devoir former quatre sections, afin de faciliter l'organisation, et nommer des présidents, des vice-présidents, des secrétaires.

Art. — Un comité exécutif, composé du président, des vice-présidents, du secrétaire général, du trésorier et des secrétaires des divisions de Québec et de Montréal, est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

Art. 8. — Le Congrès siégera tous les jours, soit en assemblée générale, soit en sections.

Art. 9. — Dans la séance d'ouverture, le secrétaire général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le président lira le discours d'inauguration, fera la présentation des délégués officiels et l'on proclamera les présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture, on rendra compte des délibérations du Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procèdera à l'élection de son bureau.

Art. 10. — Les comités des sections pourront organiser leurs programmes de travaux (lecture et discussions des communications, examens des propositions présentées, etc.)

Art. 11. — Le Président de chaque section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les corps délibérants.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucune votation.

Art. 12. — Le temps assigne à chaque communication ne doit pas dépasser 10 minutes, et les orateurs qui prennent part à la discussion ne pourront parler plus de 5 minutes. Les auteurs de communications disposerent de 5 minutes de réplique. Néanmoins, le Président, quand l'importance du sujet le justifiera, ponrra accorder plus de temps à l'orateur.

Les membres qui prendront part aux discussions devront remettre au secrétaire de la section, avant la levée de la séance, un court résumé de ce qu'ils ont dit.

Art. 13. — Les communications se référant aux travaux du Congrès devront parvenir au Secrétaire général au plus tard le 15 juillet. On n'exigera que le titre et un résumé succinct en forme de conclusion.

Les rapports officiels sur les questions générales devront être complétés et remis entre les mains du Secrétaire général, avant le 15 juillet.

Art. 14. — On pourra présenter des communications après le 15 juillet et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après la discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

Art. 15. — Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès doit être remis au Secrétaire du bureau respectif. Le comité exécutif décidera de son insertion totale ou partielle dans les comptes-rendus.

Art. 16. — La langue officielle du Congrès dans toutes les séances sera *le français*.

Art. 17. — Les étudiants en médecine et les personnes non Docteurs en Médecine qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès, moyennant une cotisation de $1.50.

Ces *membres associés* jouissent, comme les membres titulaires, du privilège d'assister aux séances et aux fêtes données en l'honneur des membres du Congrès.

Ils ont, en outre, droit aux excursions et aux réductions obtenues sur les prix de transport. Ils ne recevront pas, cependant, les publications du Congrès, ne prendront part ni aux votes ni aux discussions et ne pourront faire de communications.

Art. 18. — Les Dames accompagnées des médecins seront admises aux séances générales du Congrès et aux fêtes qui seront données en l'honneur des Congressistes.

MEMBRES ADHERENTS

A

Archambault, Urgel	Hull, P. Q.
Aubry, A. D	Montréal
Archambault, D. E	St-Pierre les Becquets
Albert, Louis	Van-Buren, Maine
Ahern, Michaël	Québec

B

Brochu, M. D	Québec
Beaudry, L. A	St-Hyacinthe
Bourgoin, J. C	Montréal
Brodeur, A	"
Bourgeois, B	"
Belleau, E. T	Arthabaska
Blais, Léo	St-Cajetan d'Armagh
Bédard, E	Pembroke, Ont.
Bachand, L. C	Sherbrooke
Beauchesne,	St-Ephrem, P. Q.
Belisle, Louis	Cap de la Madeleine
Brousseau, D	Québec
Beaudry, J.-A	Montréal
Bourret, O	Québec
Brassard, H. D	Roberval
Bergeron, J. A	Matane
Boisvert, Ach. J	Plessisville
Bittner, J. E.	Sprague, Washington, E. U.
Beaudry, Jos	St-Jacques de l'Achigan
Beaupré, W	Québec
Bégin, Henri	Lévis
Boisseau, P. J	Bedford
Bouillé, J. L	Ste-Anne de la Pérade
Bergeron, J. Z	Chicago, Ill.
Berthiaume, Denis	St-Jérôme
Boucher, S	Montréal
Bernier, Eud	Beauceville
Boucher, L. G. E	St-Valérien

Baril, G. E. . . . . Montréal
Blondin, J. E. . . . . Arthabaska
Barry, C. N. . . . . Montréal
Beaudoin, A. E. . . . . "
Bélanger, J. E. . . . . Lauzon
Bourgeois, Geo. . . . . Trois-Rivières
Baril, F. X. . . . . Ste.-Geneviève de Batiscan
Brunet, M. . . . . Québec
DeBlois, Chs. . . . . Trois-Rivières
Bédard, P. H. . . . . Québec
Boutin, F. E. . . . . West Frampton
Boivin, J. U. . . . . St-Martin, Beauce
Boulet, R. . . . . Montréal
Bélanger, G. A. . . . . "
Béliveau, Ambroise. . . . . St-Victor
Bernier, J. E. . . . . Métapédia
Beaudet, Eug. . . . . Thetford Mines
Brodeur, J. O. . . . . St-Malo de Compton

C

Cléroux, J. V. . . . . Montréal
Cloutier, Geo. . . . . St-Georges, Beauce
Codère, G. A. . . . . Lac Mégantic
Catellier, L. . . . . Québec
Claveau, E. A. . . . . Ste-Anne de Chicoutimi
Chagnon, E. P. . . . . Montréal
Caron, D. . . . . Franklin Falls, New Hams. E. U.
Couture M H. . . . . Lynn, Mass, E. U.
Chapdelaine, L. V. . . . . Sorel
Côté, C. E. . . . . Québec
Côté, H. J. . . . . Boston
Côté, G. A. . . . . Matane
Cloutier, N. . . . . St-Charles
Cotenoir, A. B. . . . . Morinette, Wisc. E. U.
Cliche, J. E. . . . . East Broughton
Chicoine, E. . . . . D'Israëli
Colin, J. E. . . . . St-Théophile
Couillard, Edgar. . . . . Québec
Clark, A. . . . . "
Cornu, Félix. . . . . Ottawa

D

Drouin, Adolphe	Ste-Marie, Beauce
Delorme, L. N	Montréal
Dumont, A. E	Gentilly
Dagneau, F. H	Actonvale
Dufresne, J. A	Shawinigan
Donat, Ant	Montréal
Drouin, P. A	Québec
Drouin, A	"
Dobbin, Jos	"
Décarie, J. P	Montréal
Duhamel, Henri M	"
Ducharme, L. P	Lewiston Maine, E. U.
Dion, Emile	Québec
Derome, Lucien	"
Deschambault, H	Ste-Thérèse
D'Amours, Edm	Papineauville
Drouin, Alfred	Québec
Doucet, N	Dalhousie, N.-B.
Derome, W. Jos	Montréal
Deblois, J. P	Québec
Desvarennes, Jos	"
Desrochers, J. H	Beauceville
DeMartigny, Frs	Montréal
Dufresne, Eug	"
Dupont, Emile	Montmorency
Demontigny, A	Montréal
Desjardins, Nap	"
Dubeau, Eudore	"
Dagneau, P. Calixte	Québec
Dussault, N. A	"
Dion, Alph	L'Islet
Dionne, Eug	Ste-Marie, Beauce
De LaBruyère, L. B	Biddeford, Maine, E. U.

E

Edge, Alex	Québec
Ethier, A	Montréal

F

Fournier, J. N. P .... St-Hyacinthe
Fiset, L. N .... Québec
Fréchette, H .... St-Stanislas, P. Q.
Fortier, L. E .... Montréal
Foucher, A. A .... "
Feuiltault, F. X .... Paquette, P. Q.
Fortier, René .... Québec
Fortin, Emile A .... Biddeford, Maine, E. U.
Faucher, P. V .... Québec
Fiedler, Mde .... Paris

G

Gravel, A. N .... Montréal
Gendreau, G. A .... "
Grenier, Simon .... Percé, Gaspé
Guerin, J. J .... Montréal
Gagnon, C .... St-André de Kamouraska
Gastonguay, P. A .... Québec
Gélinas, J. C .... Shawinigan
Garon, Jos .... L'Avenir
Guérard, Jos .... Québec
Gilbert, J. L .... "
Girard, S. J .... Montréal
Genest, J. L. M .... St-Bernard
Gauthier, J. C. S .... Upton
Godreau, A. E .... Iberville
Gilbert, F. E .... Fraserville
Grenier, E. P .... Montréal
Gosselin, F. X .... St-Roch des Aulnaies
Gagnon, F .... Providence, R. I.
Grondin, Siméon .... Québec
Gosselin, Jos .... "
Garceau, Jos .... Shawinigan

H

Handfield, J. A .... Montréal
Hélie, Omer .... St-Grégoire de Nicolet
Hervieux, Henri .... Montréal
Hingston, Donald H .... "

Hamelin, H. T	Lévis
Harwood, M	Montréal
Hamel, A. C	Québec
Hébert, A	Napierreville

J

Jolicœur, W	Québec
Jutras, A. E	St-Léonard d'Aston
Jinchereau, Albert	Québec

K

Knopff, A	New-York
Kent, G. H	Montréal

L

Lebel, F	Clifton, Ill. E. U.
Lacroix, O	Sorel
Larochelle, J. E	Manchester
Leclerc, Odilon	Québec
Labrecque, J. A	"
Lessard, Alph	"
Larue, Antoine	Pointe-aux-Trembles
Lapierre,	St-Paul, Minn.
Laferrière, M. A	New-Carlisle
Lussier, P	Maisonneuve
LeSage, Albert	Montréal
Lasonde, A	Drummondville
Lapointe, L. A	Biddeford, Maine
Larocque G. H	Plattsburg, N. Y.
Larue, J. N	Trois-Rivières
Lapointe, P. H	Edmunston
Lasnier, H	Montréal
Lavoie, Arthur	Sillery
Lachapelle, Sévérin	Montréal
Livernois, Paul	Québec
Laurendeau, A	St-Gabriel de Brandon
Ladrière, J. E	Lévis
Leclerc, Arthur	Québec
Létendre, Geo	St-Félix de Kingsy
Lambert, E. M	Ottawa

Lacoursière, L. N. E.	St-Tite
Larue, J. Geo	Montmorency
Lasalle, Albert	Montréal
Larue, R	Québec
Leclerc, L. N	Jeune Lorette
LeCavalier	Montréal
Lapointe, J. O	"
Lemieux, Théo. A	Lawrence, Mass.
Langlais, J. F	Trois-Pistoles
Lachance, G	Québec
Lacoursière H	St-Victor de Tring
Larose, R	Montréal
Ledoux, J. D	Sherbrooke
Lavoie, Jos. E.	Fall-River, Mass.
Laurent, E. E	Montréal
Lessard, E	St-Joseph de Beauce
Laberge, Elz	Québec
Leblond, Jos	St Malachie
Lasnier, R. C	L'Assomption
Lachapelle, E. P.	Montréal
Longtin, J. W.	Laprairie
Lemieux, L. J	Montréal
Lebel, E. A.	Québec

M

Martin, Geo	Montréal
Massicotte, J.-Bte.	Victoriaville
Marcotte, J. H	St-Michel
Mayrand, Robert	Québec
Montreuil, L	"
Mignault, L. D	Montréal
Monfette, S	"
Morin, Jos	Chicoutimi
Morin, Edgar	Limoilou
Morissette, A	Ste-Hénédine
Marion, Jos	Joliette
Marois, A	Québec
Michaud, L. N	Hébertville
Marsan, G. A	Montréal
Marien, A	"
Marcotte, A	Ste-Anne de la Pérade
Milot, O. E	Louiseville

Morin, Jos.......St-Gédéon
Maureault, B.......St-François du Lac
Martin, V.......Québec
Michaud, Jos.......St-Georges, Beauce
Monfette, J. E.......Montréal
Martin, Edouard.......Amqui
Morin, Edm.......Québec
Moreault, L. J....... "
McKay, J. N....... "
Mathieu, Eugène....... "

N

Nadeau, Emile.......Québec
Noël, J. E....... "
Nesbitt, E. G....... "
Normand, L. P.......Trois-Rivières
Nolin, Ed.......Connors, N. B.
Nadeau, A.......Beauce
Nolin, Jos.......Montréal

P

Pelletier, J. P.......Sherbrooke
Picard, P.......Fraserville
Panneton.......Trois-Rivières
Poissaud.......Montréal
Paquet Albert.......Québec
Préfontaine, H.......South Durham, Qué.
Pagé, J. D.......Québec
Piégay, J. B....... "
Pichette, J. M. P.......Lake Lendon, Michigan
Paradis, J. G.......Montmagny
Petit, A. M.......Nashua, N. H.
Plante, L. A.......Louiseville
Paquin, S. Geo.......Portneuf
Pinault, L. G.......Campbelton
Paradis, J. A.......St-Cyrille
Poliquin, E.......Portneuf
Pérusse, J. N.......Amqui
Pinault, J.......Rimouski
Paquin, R.......Québec
Pinault, N. J....... "

Prévost, E. H .... Sorel
Plouffe, F. X .... Montréal
Pontbriand, H. M .... Sorel
Potvin, A .... Québec
Plourde, W. A .... Dunserth N.-Dakota
Prévost, Frs. de Salles .... Montréal
Parent, Eudore .... Québec
Paradis, Jules .... "

R

Richard, Ph .... Montmagny
Rioux, J. F .... Sherbrooke
Robitaille, J. E .... Ste-Justine, P. Q.
Richard, L. P .... St-Hilaire de Madawaska
Roy, M. A .... Lowell Mass., E. U.
Roy, Ph .... St-Paul, Minn., E. U.
Roy, Hecto .... Montréal
Rhéaume, Z .... "
Richard, A .... "
Roy, Ph .... Edmonton
Roy, C. S
Ross, J. A .... Ste-Flavie
Riverin, A .... Chicoutimi
Robitaille, A .... Québec
Roy, D .... St-Ephrem de Tring
Richard. A. E .... Ste-Epiphane
Roche, Sylvio .... St-Gabriel de Brandon
Roy, Léopold .... August , Maine, E. U.
Rouleau, Chs. B .... Grand Falls, N. B.
Rousseau, Arthur .... Québec
Rancourt, G. H .... Waterville, Maine
Roy, J. N .... Montréal
Roy, Alfred .... Lévis

S

Savard, Edm .... Chicoutimi
Simard, Arthur .... Québec
Savard, J .... Ste-Marie, Beauce
Sirois, L. J. D .... St-Ferdinand d'Halifax
St-Jacq ies, Eug .... Montréal
Sirois, Jos. Emile .... St-Louis de Kamouraska

Samson, C. O. .... Québec
Seers, F. X. .... Montréal
Sirois, Ph. .... Lauzon, P. Q.

T

Triganne, J. Z. .... Plessisville
Tremblay, J. H. .... St-Tite des Caps
Turcotte, Edwin .... Québec
Tassé, Geo. .... St-Jean, P.Q.
Turcotte, Geo. .... Québec
Tessier, R. .... Montréal
Trudeau, J. W. .... "
Trudel, F. .... St-Stanislas, P. Q.
Turcotte, J. E. .... St-Hyacinthe
Tanguay, G. P. .... St-Gervais [illegible]lechasse
Triboulet, Henri .... France
Turcotte, G. U. .... [illegible]acinthe

V

Vallée, Arthur .... Québec
Verge, W. A. .... "
Verge, Chs. .... "
Vézina, Z. .... Rivière-du-Loup
Vaillancourt, Jos. .... Québec
Villeneuve, E. A. .... St-Romuald
Vaillancourt, C. E. .... St-Anselme
Valin, C. N. .... Montréal
Verret, B. D. .... Rolla. North Dakota, E. U.

DENTISTES

Reid, J. .... Québec
Gaudreau, S. .... "
Déry, Alexis .... "
Lemieux, Alex .... "
Lantier, Aimé .... "
Lemieux, L. N. .... "
Casgrain, Edm .... "
Dorval, Eugène .... "
Larocque, A. .... "
Langlois, Arthur .... "
Hamel, Philippe .... "

Boutin, Léo..Lévis
Barras, Ed.. "
Beauchamp, A.................................... Montréal
Maillet, Gaston.................................. "

ETUDIANTS

Beaulac, J. H. E...............................Trois-Rivières
Fournier, R. G..........Pharmacien..........Fall-River, Mass.
Beaudry, E ....St Raphaël

PROGRAMME OFFICIEL

DU

IV Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française

DE L'AMERIQUE DU NORD

ORGANISATION

Comité Exécutif du Congrès.

Président

Prof. Arthur Simard, Québec.

Vice-Présidents

Prof. H. Hervieux, Montréal.
Dr J.-O. Sirois, Saint-Ferdinand d'Halifax.
Dr E.-E.-J. Lanoie, Fall-River, Mass., E. U.

Secrétaires-Généraux

Prof. Albert Paquet, Québec.
Dr Benj. Bourgeois, Montréal.

Assistants-Secrétaires

Dr A. Edge, Québec.
Dr O. Leclerc, Québec.
Dr E. Nadeau, Québec.

Trésorier

Prof. N.-A. Dussault, Québec.

3

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION :

Présidents d'Honneur :

L. Catellier, doyen de l'Université Laval de Québec.

M. D. Brochu, Professeur à l'Université Laval, Québec, ancien président et fondateur de l'Association, Chevalier de la légion d'honneur.

Prof. A. Foucher, Université Laval, Montréal, ancien Président de l'Association, officier de l'Instruction Publique.

Prof. M.-J. Ahern, Université Laval, Québec.

Dr L.-P. Normand, Trois-Rivières, ancien président de l'Association, officier de l'Instruction Publique.

Prof. H.-A. Lafleur, Université McGill, Montréal.

Prof. Pozzy, Université de Paris, ancien délégué du gouvernement français.

Dr H. Triboulet, Université de Paris, ancien délégué du gouvernement français.

Dr E. F. Panneton, Trois-Rivières.

Dr L.-C. Prévost, Ottawa.

Dr S. A. Knopf, New-York.

Membres adjoints :

Dr J. A. E. Brun, Président de la Société Médicale de Shefford.

Dr M. Poliquin, Président de la Société Médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean.

Dr C. Bernard, Président de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette.

Dr Aubry, Président de la Société Médicale d'Ottawa.

Dr Thibault, Président de la Société Médicale de Wolfe.

Dr Fortier, Président de la Société Médicale de Beauce et Dorchester.

Dr A. LeSage, Président de la Société Médicale de Montréal.

Dr T. Parizeau, Montréal.

Dr Montizambert, Président de la Canadian Medical Association.

Dr E.-G. Asselin, Montréal.

Dr J.-E. Fournier, St-Jérôme.

Dr L.-J.-V. Cléroux, Montréal.

Dr S. Boucher, Montréal.

Dr Gauvreau, Président de la Société Médicale de Rimouski.

Dr Turcot, Président de la Société Médicale de St-Hyacinthe.

Dr DeBlois, Président de la Société Médicale de Trois-Rivières, officier d'académie.

Dr Ostigny, Président de la Société Médicale de Valleyfield.

Dr Belleau, Président de l'Association Médicale d'Arthabaska.

Dr Grignon, Président de la Société Médicale de Terrebonne.

Dr Gosselin, Président de la Société Médicale de Montmagny.

Dr Trudel, Président de la Société Médicale de Champlain.

Dr Moreau, Président de la Société Médicale de St-Jean.

Dr L.-A. Plante, Président de la Société Médicale de Maskinongé.

Dr M.-O. Lambert, Président de la Société Médicale de Manitoba.

Dr Dagenais, Président de la Commission d'hygiène de la ville de Montréal.

Dr Camirand, Sherbrooke.

Dr Ledoux, Président de la Société Médicale de Sherbrooke.

Dr St-Pierre, Trois-Rivières.
" R. Paquin, Québec,
" V. Faucher, "
" Ed. Turcot, "
" Alb. Marois, "
Dr F. de Martigny, Montréal.
Hon. Dr Fiset, Rimouski.
Dr J.-F. Rioux, Sherbrooke.
" A.-N. Petit, Nashua, E.-U.
" Vaillancourt, St-Anselme.
" Eug. Mathieu, Québec.
" J.-Eug. Ladrière, Lévis.
" O. Mercier, Montréal.
" G. Rhéaume, Montréal.
" N. Lambert, Trois-Rivières.
" A. Jobin, Québec.
" L.-N. Fiset, "

Dr Chevrier, Ottawa.
" A. Loir, Montréal.
" F.-G. Langlais, T.-Pistoles.
" A. Morrissette, Ste-Hénédine
" Béland, St-Joseph, Beauce.
" M. Genest, St-Bernard.
" A. Nadeau, Beauce.
" A. Lassalle, Montréal.
" Bédard, Chicago.
" Archambeault, Cohœs, E.-U.
" Armand Bédard, Lynn, E.U.
" S. Boucher, Brockton.
" A. Lavoie, Sillery.
" J.-E. Dubé, Montréal.
" L. de L. Harwood, Montréal
" S.-H. Turcot, St-Hyacinthe.
" D. Pagé, Québec.

" Alph. Mercier, Montréal.
" J.-A. Beaudry, S.Hyacinthe.
" L. Ducharme, Lewiston, E.U.
" J.-E. Desroches, Montréal.
" G.-M. Aumont, "
" Léo Laporte, Edmunston, N. B.
" C.-E. Côté, Québec.
" E.-P. Chagnon, Montréal.
" G. Villeneuve, Montréal.
" R. Boulet, Montréal.
" J.-E. Laberge, "
" A. de Martigny, "
" E.-E. Laurent, "
" J.-E. D'Amours, Papinauville.
" E. Normandin, N.-Bedford.
" Jos. Guérard, Québec.

OUVERTURE DU CONGRES

Le quatrième congrès de l'association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord s'est ouvert dans la grande salle de l'Université Laval, le lundi 20 juillet 1908, à trois heures de l'après-midi, sous la présidence du Docteur Arthur Simard.

DISCOURS DE M. LE DOCTEUR SIMARD

PRÉSIDENT

Messieurs,

En me levant pour déclarer ouverte la quatrième réunion de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, mes premières paroles doivent être des remerciements à tous ceux qui, réunis à Trois-Rivières m'ont fait le grand honneur de m'appeler à la présidence de l'Association. Je sens d'autant plus vivement le prix de cette faveur que j'imagine mes confrères avoir voulu reporter sur les ouvriers de la première heure, une part de l'honneur fait à l'un d'entre eux de Québec.

Certes, vous m'en voudriez, mes chers confrères, si, après avoir dit ma pleine gratitude, je ne souhaitais pas la bienvenue à ceux qui de toutes les parties de cette province, des riantes

vallées de la vieille Acadie, des centres actifs des Etats-Unis, jusque de l'Ouest Canadien, sont accourus à notre appel, en apportant avec un dévouement sans bornes le meilleur de leurs travaux. Et je m'en voudrais, si je n'exprimais une cordiale bienvenue à ceux que l'Océan n'a pas arrêtés et qui ont tenu venir donner, avec leur autorité mondiale, une consécration publique aux vœux de deux peuples de plus en plus conscients de la solidarité des intérêts intellectuels qui les unit. Vous avez voulu venir, dans notre bonne ville de Québec, la plus belle du continent par ses souvenirs que chaque pierre fait revivre, souvenirs dont votre pays, notre ancienne Mère-Patrie a la part la plus glorieuse. Aujourd'hui qu'elle chante ses gloires d'antan, elle vous apparaîtra plus prenante encore, admirable qu'elle est par son inaltérable attachement à votre belle langue, la nôtre, et par la permanence chez ses habitants du culte de la pensée française.

Mes chers confrères, avant de vous laisser à vos travaux permettez-moi de constater avec satisfaction les progrès accomplis depuis notre dernière réunion à Trois-Rivières. Partout une grande émulation existe pour les travaux scientifiques et l'étude des intérêts professsonnels ; vingt-deux sociétés médicales de district ont tenu des séances régulières et la profession naguère silencieuce et repliée sur elle-même, s'est mise en valeur et a enfin pris au soleil la place que sa solide instruction lui donnait le droit d'occuper. Je n'en veux citer qu'un seul exemple en soi concluant :

L'Angleterre, si jalouse de ses traditions et de ses privilèges, vient de les modifier par une loi passée au parlement Britannique, afin de permettre à la profession médicale Anglaise d'offrir à celle de cette province l'échange de la licence pour l'exercice de la médecine et reconnaître ainsi comme équivalents aux siens les diplômes délivrés aux jeunes praticiens par les Universités Laval et McGill.

Messieurs, vous allez commencer vos travaux, je n'en doute pas qu'ils soient profitables pour l'avancement scientifique dans notre pays. Cependant, je n'ai pas l'illusion de croire que de nos délibérations, des conclusions soient adoptées propres à modifier l'orientation de l'esprit médical moderne sur les questions à l'ordre du jour, partout fébrilement étudiées et fouillées. Ce

n'est pas là encore notre rôle et on ne peut pas vraisemblablement l'exiger de nous. Car, il y a un fait qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est que la vie médicale dans ce pays date de la fondation de l'Université Laval, c'est-à-dire de cinquante années à peine, et que nos moyens d'études, de recherches sont bien restreints et de plus que notre organisation scientifique est encore beaucoup trop jeune pour que nous puissions égaler les peuples de la vieille Europe dont la mentalité scientifique s'est formée et affinée pendant des siècles de travail et d'application. Plus modestes dans nos aspirations, nous nous contentons pour le moment d'apporter notre part d'études, d'expériences, de perfectionnements et non sans limiter notre ambition au travail de concentration des forces vives de la profession, à la mise au point des questions controversées et surtout à la vulgarisation dans notre pays des progrès scientifiques, nous préparant ainsi à prendre rang, dans un avenir rapproché, parmi les bons ouvriers de la science.

Messieurs je vous laisse à vos travaux.

RAPPORT DU SECRETAIRE GENERAL, M. ALBERT PAQUET

Monsieur le Président,

Messieurs,

Après les paroles de cordiale bienvenue que nous venons d'entendre, il incombe au secrétaire général une double tâche : celle de mettre sous vos yeux, de façon bien succinte, les grandes lignes de notre organisation ; celle aussi d'exprimer publiquement la haute gratitude du Comité exécutif de ce Congrès envers tous ceux qui, à différents titres, en ont assuré le succès.

La préparation d'un Congrès, surtout d'un Congrès des membres de la profession médicale, disséminés sur un vaste territoire et attachés à leur foyer par des devoirs d'une nature diverse et d'un caractère parfois très impérieux, n'est pas chose

absolument facile. Grâce au dévouement généreux et au travail désintéressé des confrères sur qui pesait le lourd fardeau de l'organisation, grâce en même temps à la bonne volonté, à la sympathie intelligente. et, laissez-moi l'ajouter, au patriotisme clairvoyant des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, les difficultés se sont aplanies, et nous avons aujourd'hui le plaisir de constater que notre labeur n'a pas été stérile et que nos espérances n'ont pas été vaines.

Trois congrès antérieurs de notre Association, par le légitime retentissement qu'ils eurent, et le succès de bon aloi qui les couronna, avaient heureusement préparé les voies à cette quatrième réunion professionnelle.

Il nous a suffi de faire appel aux médecins de la Province de Québec pour obtenir d'eux, dès le principe, l'assurance d'un concours actif et bienveillant. Vous serez bientôt, Messieurs, en attendant la lecture des importants travaux inscrits au programme, à même de juger et d'apprécier toute l'efficacité de ce concours. C'est donc pour moi un agréable devoir de remercier au nom du Comité exécutif et en mon nom personnel, tous les estimés confrères, ainsi que toutes les associations médicales de la Province, qui ont bien voulu se rendre avec tant d'empressement à notre appel.

Ces remerciements, nous les devons et nous les adressons également de tout cœur aux confrères moins nombreux, il est vrai des Provinces sœurs et des Etats-Unis qui, soit par leurs travaux, soit au moins par leur présence, viennent témoigner de l'intérêt qu'ils portent à notre association.

Descendants de cette vieille France dont le génie chrétien et la flamme civilisatrice rayonnent à travers toutes les transformations du monde et toutes les vicissitudes de l'histoire, nous ne pouvions, en une circonstance comme celle qui nous réunit aujourd'hui, ne pas nous ressouvenir de notre origine. C'est dans l'émotion de ce patriotique souvenir que nous adressâmes, il y a quelque temps, une invitation officielle au Gouvernement français et à l'université de Paris dont plusieurs des membres de ce Congrès ont eu l'avantage de suivre les savantes leçons. Nos voix bien françaises furent entendues de ceux qui là-bas, représentent les intérêts politiques et scientifiques d'une nation éternellement chère à nos cœurs.

Deux hommes distingués, en qui nous sommes fiers de saluer des frères autant que des confrères, des fils dévoués de notre ancienne mère patrie, et des représentants autorisés de la science médicale française, ont été délégués par le gouvernement de France et par l'université de Paris pour prendre part à notre congrès. Ils nous apportent avec les sympathies de cœurs ouverts à toutes les nobles initiatives, le prestige et l'éclat d'un savoir que nous sommes heureux d'avoir l'occasion de reconnaître et d'apprécier — M. le Dr Yves Délâge, membre de l'académie des sciences de Paris, professeur d'anatomie et de zoologie maritime de Roscoff, M. le Dr Maurice Renaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, et chef du laboratoire à la clinique chirurgicale de la Salpétrière, voudront bien agréer nos plus sincères remerciements.

Un grand nombre des sociétés médicales de France, en répondant à l'invitation que nous leur avons adressée, nous ont donné la gracieuse assurance qu'elles étaient avec nous d'esprit et de cœur. Mentionnons particulièrement la Société d'Obstétrique, la société de Biologie, la société française pour l'avancement des sciences, la société de Neurologie, la société internationale de Médecine physique. Si ces diverses associations ne sont pas, en ce moment, représentées parmi nous par des délégués officiels, c'est que d'incontrolables circonstances leur rendaient cette démarche à peu près impossible.

L'université de Lille et l'université de Bruxelles ont fait écho, par de sympathiques paroles, à nos lettres d'invitation. Les médecins de Bruxelles nous ont même fait le plaisir et l'honneur de nous transmettre d'importants travaux, et nous tenons à les en remercier très cordialement. D'autres communications de grande valeur nous sont également venues de France, une étude sur la coxalgie de M. le Dr Calot, et diverses autres sur des sujets de médecine et de chirurgie.

Nous déplorons vivement l'absence de M. le professeur Landouzy, de M. le Dr Tuffier et de M. le Dr Triboulet que nous comptions entendre et applaudir au cours de ce congrès.

Le Dr Triboulet a laissé parmi nous un si agréable souvenir que c'eut été pour tous ses confrères canadiens-français une joie bien légitime de le revoir. Tous trois ont été empêchés de venir, mais les services très précieux qu'ils ont eu l'obligence

de nous rendre à Paris pour l'organisation de cette réunion ne sauraient être passés sous silence, et méritent de notre part l'expression de la plus profonde et de la plus cordiale reconnaissance.

Merci au Comité des Fêtes du troisième centenaire de la fondation de Québec qui a bien voulu faire place à notre congrès dans le programme jubilaire et nous octroyer à cet effet un subside généreux.

Merci également à Sa Grandeur Mgr l'archevêque de Québec, à Son Honneur le lieutenant-gouverneur, aux honorables ministres du gouvernement, à Mgr le Recteur de l'Université et aux représentants de la ville de Québec qui ont avec tant de bienveillance accepté d'assister à la séance solennelle de ce soir et qui réhausseront ainsi par l'éclat de leur présence l'ouverture officielle de ce congrès.

Les autorités du Séminaire voudront bien croire que nous apprécions hautement la faveur qu'elle nous font en mettant si libéralement à notre usage ces salles de l'Université.

Il ne me reste plus, en terminant, qu'à formuler le vœu que le Congrès que nous inaugurons en ce moment soit pour tous les confrères réunis en un sentiment de pénétrante solidarité une source de satisfactions vives et pour la science médicale de notre jeune pays une cause féconde d'efflorescence et de progrès.

SEANCE SOLENNELLE

Lundi, le 20 juillet 1908, avait lieu à 8 heures du soir dans la grande salle de l'Université Laval, la séance solennelle du quatrième congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Un auditoire d'élite remplissait la salle. On distinguait au premier rang Monseigneur Mathieu, Recteur de l'Université, Son Honneur le lieutenant gouverneur Sir L.-A. Jetté, les honorables A. Taschereau et Devlin, M. le professeur Délâge, membre et représentant de l'Institut de France; M. Maurice Renaud, représentant de la Faculté de Médecine de Paris, Sir Georges Garneau, maire de Québec, les Professeurs de l'Université Laval de Québec, etc., etc.

Monsieur le docteur Arthur Simard, président général du Congrès, ouvrit la séance, et les discours qui suivent furent ensuite prononcés :

DISCOURS DE M. LE DOCTEUR A. SIMARD

Monsieur le gouverneur,

Mesdames, Messieurs,

La science Médicale, plus peut-être que les autres est dans un état de perpétuel devenir ; de Bonherme, chirurgien de Champlain, jusqu'au milieu du siècle dernier, son évolution au Canada fut sans relief. Sous le régime français, les conditions difficiles de la vie au milieu desquelles se débattait la colonie naissante, les guerres continuelles, l'isolement de la mère patrie ne contribuaient pas à créer une atmosphère bien favorable à l'étude. Après la session, la situation fut encore aggravée par l'émigration qui privait la greffe française de ses meilleurs ramaux, par le défaut d'organisation scolaire et enfin par les difficultés de l'adaplation de la colonie à un régime nouveau qu'une bureaucratie parfois arrogante, surtout tracassière rendait très pénible. Aussi, jusqu'au milieu du siècle dernier, il n'existe aucun centre d'enseignement vraiment digne de ce nom pour les jeunes canadiens français désireux d'étudier l'art médical. Avec la fondation de l'Université Laval, par charte Royale en 1852, s'ouvre une ère nouvelle : et c'est de là que date réellement la vie médicale dans notre pays. Les progrès furent immédiats et très vifs grâce à nne pléïade de professeurs formés, pour la plupart, au foyer de la science mondiale, à l'Université de Paris. Mais, si l'Université Laval, par son enseignement, avait énormement fait pour la profession médicale, dont elle avait pour ainsi dire créé la mentalité, son champ d'action restait limité à la formation de jeunes praticiens.

Il ne fallait pas perdre de vue, cependant, qu'au sortir de l'école, le jeune médecin se trouvait laissé à ses seules ressources, et aux prises avec les difficultés journalières de la pratique

de la médecine dans un vaste territoire, il avait bien peu le loisir d'étudier, de se cultiver, et même de se tenir au courant des progrès rapides de la médecine moderne. Il importait donc pour assurer la vulgarisation scientifique et activer l'avancement professionnel, d'aller audevant de lui, de créer un centre de ralliement où les tièdes et les désenchantés pourraient venir réchauffer leur zèle pour l'étude au contact des travailleurs et raviver, au sein d'une douce confraternité, le sentiment de la solidarité professionnelle qui doit unir tous les membres d'une même profession. De là l'idée de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord fondée en 1902 grâce à l'initiative éclairée de notre éminent collègue, M. le Professeur Brochu.

Accroître l'importance sociale de la médecine et du médecin, en donnant une plus grande impulsion à l'étude des questions scientifiques, assurer plus de cohésion au corps professionnel de langue française afin de le mettre en mesure d'augmenter l'influence de la race française en Amérique, voilà son but.

Certes, il importe d'accroître énormement l'importance sociale de la médecine puisqu'elle s'exerce pour le plus grand bien de l'humanité d'abord, et de plus parceque la médecine et le médecin ne trouvent pas auprès du grand public la considération qu'ils méritent et cela parceque on les connait mal. Pourtant la médecine a bien des titres à faire valoir.

Les origines et les causes des maladies ne les a-t-elle pas presque toutes pénétrées ? Ne soulage-t-elle pas toutes les douleurs ? Certes, elle ne peut guérir toutes les misères humaines, mais elle en fait disparaitre quelques-unes et en guérit un bon nombre. La chirurgie triomphe des affections les plus compliquées ; des médicaments admirables ont été trouvés ; des médications judicieuses et sagaces ont été précisées qui soulagent, améliorent même des maladies organiques qui ne peuvent complètement disparaître. Et que dire de l'hygiène, ses bienfaits ne sont-ils pas remarquables ? Où sont ces épidémies qui désolaient naguère l'humanité ? Sait-on encore — que, grâce à l'application de la médecine préventive, le taux de la mortalité globale dans notre province est descendu depuis 15 ans de 30 à 19 pour mille? Calculez le nombre de citoyens utiles qui ont été ainsi conservés au pays Bref, la médecine s'honore d'avoir

élevé la durée moyenne de la vie de 30 ans qu'elle était il y a quelque 50 années à 45 ans. Voici ce que dirait la science médicale pour sa défense si elle était appelée devant le tribunal de l'opinion.

Mais la médecine n'est pas seulement une science, c'est aussi un art et, comme on l'a très justement dit, on n'a rien compris aux choses de la médecine, si on ne sépare résolument la science médicale de l'art médical. La science c'est la pathologie, l'étude des causes, de la nature, et de l'évolution de la maladie ; l'art c'est l'application de ces connaissances à la clinique, c'est-à-dire le diagnostic, le pronostic, et le traitement.

La science médicale est une véritable science qui a ses lois, ses faits, ses méthodes, qui permettent au savant d'expérimenter avec sûreté et souvent de faire des découvertes importantes. On les lui reproche pourtant sous le fallacieux prétexte que la médecine ne fait que changer de figure, alors qu'elle évolue.

Et puis, est-ce un crime d'évoluer? Qu'elle est donc la science qui a terminé sa course?

Mais quand il s'agit de passer à l'application des données scientifiques certaines, le problème change, il se complique souvent à l'extrême. L'art médical exige des connaissances exceptionnelles. Il faut que le médecin soit non seulement instruit, intelligent, servi par un bon jugement, mais de plus avoir des clartés en tout. Il n'est donc pas surprenant qu'on ait pu reprocher aux médecins leurs divergences d'opinion sur des cas particuliers, leurs traitements en apparence contradictoires, leurs erreurs de diagnostic. On oublie trop facilement que le médecin infaillible devrait posséder l'universalité des connaissances.

Les médecins sont des hommes comme les autres hommes avec leurs qualités et leurs défauts; ils sont ni plus ni moins instruits que les membres des autres professions ; ce qui les distingue cependant des autres hommes, ce sont certaines qualités professionnelles vraiment admirables : le dévouement aux malades, la patience et le courage. Ils ne sont pas tous des savants ; dans aucun pays on ne peut raisonnablement exiger qu'ils le soient. Mais leur instruction est amplement suffisante pour le soulagement de la plupart des misères humaines. Qu'on ne leur demande donc pas plus qu'on est en droit d'exiger d'eux.

Faisons la part des conditions spéciales et difficiles où ils se trouvent trop souvent placés. Sachons leur gré de vouloir se perfectionner, et de se réunir en congrès pour aider à l'avancement professionnel.

Le médecin a fait dans notre pays, des progrès extraordinaires depuis quelques années ; les résultats acquis sont très grands ; on peut espérer que les bienfaits futurs seraient plus abondants encore si le médecin rencontrait auprès du grand public une considération plus en rapport avec le bien qu'il fait et celui qu'il est appelé à faire, et aussi, s'il trouvait auprès de nos gouvernants une oreille plus attentive pour ses justes révendications. En attendant, l'Association, par ses réunions périodiques consacrées à l'étude de questions scientifiques et professionnelles, s'efforce d'élever de plus en plus le niveau professionnel et d'augmenter aussi l'importance sociale du médecin afin de le mettre en mesure de jouer son rôle national.

Certes, nous avons des attaches de langue, de sentiment avec notre ancienne mère patrie, la France, qui résultent de la communauté de sang et de la communauté de langue, et comme l'a dit un grand écrivain, de l'orgueil de sentir couler dans nos veines la mémoire fluide de tout un passé glorieux ; et qui peut nous le reprocher ?

Nous avons aussi des liens politiques avec l'Angleterre que personne ne songe à délier ; car, il faut le dire hautement nous sommes redevables aux institutions britanniques de la pleine liberté dont nous jouissons et du développement si prodigieux de notre pays. Mais là n'est pas notre idéal. Si nos concitoyens de langue anglaise s'accommodent d'un patriotisme à double objectif, associent facilement les intérêts d'outre-mer avec les leurs, nous canadiens-français, nous n'avons qu'un seul objectif, il est ici sur la terre d'Amérique, notre idéal est canadien. Mais, alors il ne faut pas oublier que d'une façon apparente ou cachée, l'histoire politique toute entière est subordonnée à l'histoire ethnographique. Un groupe ethnique ne doit pas être séparé de ses traditions et il doit pouvoir assurer son développement normal et continu pour ainsi concourir avec les autres groupes aux progrès du pays où son activité se déploie. La nationalité canadienne française forme sur la terre d'Amérique un groupe ethnique bien distinct, par son génie propre, ses goûts, par son

attachement inaliénable à ses traditions et à sa langue et par sa conception de l'avenir. Et c'est pourquoi il ne peut être question pour nous de la perte de notre individualité nationale, d'abandon de la langue française, d'uniformité de culture. Parce que pour le Canada d'abord ce serait probablement un malheur, car la diversité des tempéraments nationaux, des disciplines éducatrices est l'un des facteurs du progrès scientifique comme du progrès moral. Pour la nationalité de langue française, de culture latine, ce serait un désastre. Elle aurait bien vite perdu, avec sa mentalité adultérée, toute influence sur les destinées du pays canadien et aurait été jetée à l'écart du grand mouvement intellectuel de l'Amérique du Nord. Nous ne pouvons pas vouloir notre déchéance. Autour de nous les diverses nationalités se recherchent, se groupent, s'efforcentde prévaloir, veulent être grandes. Elles estiment que renoncer à grandir, c'est se condamner à la diminution et elles courtisent l'ambition comme un gage de vie intense. Et quel intérêt plus élevé peut avoir une nationalité consciente de sa valeur et de sa mission que celui de travailler à y rendre conforme sa situation dans le monde où elle s'agite et le degré d'influence quelle est appelée à y recevoir.

Or, n'est-il pas vrai, l'avenir est aux peuples les plus éclairés. D'où il découle un devoir pour les classes dirigeantes de se cultiver, activer le mouvement intellectuel, de briller dans le domaine de la pensée, chacune dans sa sphère afin de donner le plus de relief possible au groupe ethnique canadien-français.

Mes chers confrères, vous faites partie de la classe dirigeante par votre position sociale, par l'autorité que donne le savoir et en raison de l'influence indéniable que le médecin exerce autour de lui et noblesse oblige.

Aussi, évoquons le passé, je le veux bien, c'est reconnaître une tradition, les liens qui nous unissent à la terre où nous sommes nés, à la race dont nous sommes issus ; emportons avec nous ce qui du passé demeure vivant. Mais s'inspirer du passé n'est pas s'installer dans le passé. Rien ne recommence et tout évolue, chaque âge a ses besoins nouveaux qu'il faut comprendre ; le nôtre a de grandes exigences, plus complexes, il commande plus de clairvoyance, une solidarité plus lucide et une intelligence plus avertie. Et c'est pourquoi l'Association des Méde-

cins de langue française, en s'efforçant d'accroître l'importance sociale du médecin en le mettant en valeur, en aidant à la diffusion de la pensée française en Amérique, travaille sûrement à augmenter l'influence de la nationalité canadienne française, afin que, sans emprunter la route du voisin, en tirant de son fonds latin la forme et le principe de ses progrès elle puisse concourir, avec les nationalités de langue anglaise, à assurer l'avenir du Canada.

C'est là, la raison d'être de notre association.

DISCOURS DE MGR. MATHIEU,

Recteur de l'Université.

En voyant ce qui se passe ce soir autour de moi, je me rappelle une histoire que nous racontait notre ancien professeur de belles lettres. Elle a trait au célèbre Pélisson qui abusait, dit Madame de Sévigné, de la permission qu'ont les hommes d'être laids, ce qui donna lieu à une aventure assez plaisante.

Une belle dame qui ne le connaissait pas, le prit par la main un jour qu'il se promenait dans la rue et le conduisit dans une maison voisine. Elle le présenta au Maitre du logis en lui disant : « Trait pour trait, absolument comme cela ». Elle le quitta ensuite brusquement et s'en alla.

Pélisson surpris et peut-être flatté de la distinction que la belle dame avait paru faire de lui, en demanda la cause au maitre du logis. Celui-ci, après s'en être défendu longuement, lui avoua qu'il était peintre. « J'ai, dit-il, entrepris pour cette dame la représentation de la tentation de J. C. dans le désert ; nous discutions depuis une heure sur la forme qu'il fallait donner au diable et elle vient de me dire de vous prendre pour modèle.

Si j'avais à faire représenter sur une toile non pas ce qu'il y a de plus laid mais ce qui se passe de plus beau dans une société bien organisée, j'irais ce soir chercher un artiste, je l'amènerais dans cette salle, je lui dirais de regarder tous ces hommes à l'intelligence cultivée, au cœur large, venus de tous

les coins de la Province, venus même de notre ancienne mère patrie afin de travailler ensemble à trouver les meilleurs moyens pour alléger les souffrances de leurs frères et leur rendre la vie plus heureuse, pour remplir le plus beau des ministères après celui du prêtre, et je lui dirais moi aussi : « trait pour trait, absolument comme cela ».

Oui, vous avez droit à notre respect, à notre admiration, à notre reconnaissance et ces sentiments qui nous animent à votre égard, je tiens à vous les exprimer au nom de tous ceux qui applaudissent à vos efforts et prient Dieu de bénir vos travaux.

Il fut un temps où la médecine était dans un complet discrédit et où personne ne voulait plus l'apprendre ou l'exercer. Vous connaissez l'ancien et trop fameux proverbe : « Medecina turpis disciplina, la médecine est une chose honteuse ». Comment du reste aurait-on honoré un art qu'Athènes et Rome abandonnaient à des esclaves vendus pour quelques sous sur les marchés? On n'est pas surpris de voir les rhéteurs d'alors, afin de couvrir cet art d'opprobre proposer le célébre problème, à savoir : si une république bien organisée et dotée de bonnes lois doit tolérer les médecins.

C'était évidemment méconnaître la nature et les nobles prévilèges de votre profession. Car il est certain qu'au commencement la profession de médecin était exclusiuement exercée par des prêtres. En cela, les peuples agissent d'instinct. A leurs yeux, il devait être un homme de la Divinité celui qui, penché sur la nature, étudiait pour le bien de ses semblables les secrets de guérisons que Dieu y a déposés.

C'est vrai, aujourd'hui le médecin et le prêtre ne se confondent plus dans la même personne, mais le respect qui entoure votre profession, la dignité de vie, la discrétion, le dévouement que tous s'accordedt à exiger de vous, montrent bien que l'idée primitve de la médecine est encore vivace dans nos populations. Oui, s'il est vrai que le prêtre est un ministre de Dieu pour le bien de ses semblables, vous avez dans ce sens large mais véritable l'honneur et la charge d'un sacerdoce spécial.

Et ce sacerdoce, nos médecins canadiens s'en montrent dignes ; ils s'efforcent de l'exercer. Pour cela, non seulement ils veulent servir leur frère souffrant et, pour le servir, ils cherchent à le connaître, mair ils l'aiment ; et ils l'aiment non pour

la rénumération qu'ils en espèrent, souvent elle est nulle; non pour la reconnaissance qu'ils en attendent, souvent le malade est ingrat, ils l'aiment pour Dieu dont il est l'image et dont eux-mêmes se regardent comme les instruments.

Voilà pourquoi il n'y a pas de profession au Canada qui soit entourée d'un respect aussi profond, d'une admiration aussi vive que celle du médecin.

Voilà pourquoi les travaux de votre Congrès attirent une attention bien méritée. Tous savent que des sujets scientifiques de la plus haute importance y seront traités par des médecins qui ont des talents et des connaissances incontestables, qui sont au courant des progrès qu'a fait la science médicale depuis quelques années, qui parleront avec d'autant plus d'autorité qu'ils diront ce qu'ils ont vu de leurs yeux et qui, pour traiter ces sujets, peuvent disposer non seulement des ressources de l'expérience mais aussi de l'activité d'une intelligence qui chez eux ne semble pas avoir vieilli.

Votre Congrès attire encore l'attention parcequ'il est la rencontre d'hommes influents qui, pour sauvegarder tous leurs droits et tous leurs intérêts, pour être plus forts, ont voulu se mieux connaître, se rencontrer, afin de pouvoir vivre dans la plus intime et la plus utile des unions.

C'est pour favoriser cette union que l'Université vous ouvre ses portes et vous offre une cordiale bienvenue. Elle est heureuse en même temps de vous donner cette preuve de sa reconnaissance pour l'attachement et la sympathie que vous ne cessez de lui témoigner. Sans doute elle n'est pas encore arrivée à son plein développement. Une œuvre de cette importance ne se fonde pas en un jour, ni même en cinquante ans. Regardez ce qui s'est fait en Europe. Les admirables universités du Moyen Age ont mis des siècles à s'établir, et les admirables cathédrales ont mis des siècles à se construire. Il ne faut donc pas être surpris si, en un temps relativement court et au milieu de grandes difficultés, nos Facultés ne sont pas encore arrivées à leur complet épanouissement.

Ce Congrès est bien propre à donner un vigoureux essor à notre Faculté de médecine et à stimuler l'ardeur de nos professeurs, en les mettant en relations intimes avec des confrères distingués dont ils savent apprécier la valeur.

Et je croirais leur faire de la peine, si je ne faisais pas une mention spéciale des représentants de notre ancienne mère patrie. Ils retrouvent ici un coin de la Doulce France ; ils se sentent dans une institution bien française, au milieu de frères qui, tout en étant fermement et fièrement attachés aux conditions présentes de leur vie nationale, gardent pieusement le souvenir de ceux qui furent leurs pères dans la foi et dans la langue.

Quand ils retourneront dans leurs foyers, qu'ils disent à nos gens de là bas que leurs frères, sur les bords du St-Laurent, sont heureux, que sous le drapeau de l'Angleterre, ils jouissent de la plus complète liberté, que leur poëte national a bien exprimé le sentiment qui fait battre le cœur de tous ses compatriotes quand il a écrit :

J'ai vu le beau ciel d'Italie
Rome et ses palais enchantés ;
J'ai vu notre mère patrie,
La noble France et ses beautés ;
En saluant chaque contrée — je me disais au fond du cœur :
Chez nous, la vie est moins dorée — Mais on y trouve le bonheur.

DISCOURS DU PROFESSEUR YVES DELAGE

Membre de l'Institut de France.

Monsieur le lieutenant-gouverneur,

Monseigneur,

Mes chers confrères,

Mesdames, Messieurs,

S'il ne s'agissait que de collaborer aux travaux de votre 4e Congrès, ma présence ici serait peu explicable. Je suis médecin, il est vrai, mais je n'ai fait de la médecine ni ma carrière, ni l'objet de mes études ultérieures. Je ne saurais ni donner un avis éclairé ni même exprimer une opinion originale sur les questions qui vont faire l'objet de vos discussions.

Pourquoi donc l'Académie des Sciences de Paris, pourquoi le Ministère de l'Instruction publique de la République française n'ont-ils pas délégué pour les représenter parmi vous une de nos sommités médicales ?

C'est parce qu'ils ont pensé, avec raison, que collaborer à vos travaux n'était pas la mission principale de leur délégué. Pour travailler et faire une œuvre profitable, vous n'avez besoin d'aucun aide. Vous êtes au courant de ce qui se fait dans le monde entier, vous avez votre expérience personnelle, et les questions soumises à votre étude seront élucidées par vous aussi bien qne le comporte l'état actuel de nos connaissances, sans le concours de qui que ce soit.

En vous envoyant un délégué, l'Académie et le Ministère ont eu pour but surtout de vous donner un gage matériel des sentiments de haute estime et de chaude cordialité que nous éprouvons en France pour votre association, pour l'idéal qu'elle poursuit, pour l'énergie dont elle fait preuve en cherchant à l'atteindre.

Tel est le sentiment général que votre œuvre inspire en France. Mais, tout puissant qu'il est, suffit-il à expliquer l'émotion singulière qu'éprouvent en pensant aux Canadiens-français ceux qui, en France, vous connaissent vraiment ?

Je ne le crois pas.

En descendant au fond de moi-même pour définir la nature de cette émotion, j'y ai trouvé quelque chose de plus complexe où j'entrevoyais confusément un mélange de reconnaissance et de fierté.

Puis, brusquement, la lumière s'est faite en moi : J'ai compris.

Il court de par le monde une opinion que beaucoup acceptent toute faite parce qu'il est plus facile de répéter ce qu'on entend dire que de juger par soi-même, et parce qu'il faut, pour voir ce qui se cache sous les apparences, une pénétration, une finesse de jugement assez rares, à ce qu'il semble.

D'après cette opinion courante, le Français est un esprit vif mais léger, capable d'intuitions brillantes plutôt que de lente pénétration, saisissant vite mais oubliant de même, peu apte aux lentes conquêtes qui réclament de la méthode, de l'esprit de suite, de la patience, trop impressionnable pour être fidèle,

vivant trop dans le présent pour conserver ses attaches avec le passé.

Nous protestons avec énergie contre cette réputation que l'on voudrait nous faire, et pour la réfuter par des preuves matérielles, les exemples ne nous manquent pas.

Mais vous nous en fournissez un précieux entre tous.

Qu'ils en cherchent donc, ces détracteurs, dans l'histoire de leur race un comparable au vôtre : une poignée de Français pressés de toutes parts par les élément étrangers qui les compriment, qui cherchent à les refouler, à les désagréger, se maintenant compacts, inébranlables, bien plus, s'accroissant, se développent, débordant leurs rivaux, et, au milieu de toutes leurs vicissitudes politiques, se retrouvant, après trois siècles, aussi fidèles qu'au premier jour à leur race, à leur langue maternelle !

Ah, la race française est légére et frivole, incapable de constance et d'efforts persévérants et méthodiques ! Est-ce au point de vue scientifique : et les Pasteur, et les Berthelot, et les Curie ! Est-ce au point de vue social ? Et nos Canadiens !

Vous avez accueilli les représentants de la France avec une cordialité si chaude que vous semblez, en nous recevant, payer une dette de reconnaissance.

C'est le contraire qui est vrai !

Vous devez moins à votre ancienne Mère-patrie (qui, hélas, a la conscience lourde à votre égard) que celle-ci ne doit à ses enfants restés fidèles à leur race et à leur langue, à travers le temps et l'espace.

Que lui devriez-vous, même, si ce n'était ce cœur français qui fait votre force !

Oui, c'est nous qui vous sommes redevables pour avoir ajouté à l'histoire de notre race une de ses pages les plus glorieuses et les plus touchantes.

Ce que vous avez fait, ce que vous faites encore rehausse en nous le sentiment de légitime fierté que nous éprouvons à être français.

Nos ancêtres disaient fièrement : *Gesta Dei per Francos ;* Non moins fièrement vous pouvez dire : *Gesta Francorum per Canadenses.*

Peut-être, dans ces appréciations, me suis-je laissé entraîner

hors des limites où il eût été convenable de me tenir en prenant la parole dans un congrès médical.

Je n'ai pu m'en défendre.

S'il me faut une excuse, je la trouve dans ce fait que votre association est à l'avant garde des canadiens-français dans leur lutte contre les éléments divers qui tendent à les dissoudre, à les abâtardir, à leur faire perdre le souvenir et le culte de leur langue et de leur origine première.

COMPTE RENDU DES SEANCES

IER JOUR IÈRE SEANCE

INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES

Par le docteur Albert Le Sage, de Montréal, rapporteur.

TABLEAU SYNOPTIQUE

Infections des voies biliaires

- I° *Introduction*
- II° *Anatomo-physiologie*
  - (a) *Voies d'apport*: Intestins, Pancréas, Rate — Veine porte
  - (b) *Voies d'excrétion*
    - 1° Sécrétion interne — Voies lymphatiques; Les veines sus-hépatiques; La veine cave inférieure
    - 2° Sécrétion interne — Vésicule et canaux hépatiques; Canal de Nirsung (pancréas)
  - (c) *Innervation*
    - Symyathique — plexus solaire — ganglions sémilunaires
    - Pneumogastrique
- III° *Définition*
- IV° *Étiologie*
  - (a) Causes
  - (b) Voies de pénétration
    - 1° Voie intestinale — ascendante
    - 2° Voie sanguine — descendante
- V° *Aspect clinique et Symptomatologie*
  - 1° *Ictères infectieux bénins* — Symptomatologie, diagnostic et traitement
    - Ictères simples
    - — catarrhal
    - — à forme typhoïdique
    - Lithiase biliaire
      - dyspepsie atonique
      - — hypersthénique
      - syndrôme pylorique
      - pseudo-ulcère gastrique
      - gastralgie-vomissement
  - 2° *Pancréatites* — Symptomatologie, diagnostic et traitement
    - Interstitielles
    - Suppuratives
    - Hémorrhagiques-cytostéatonécrose
- VI° Résumé des observations
- VII° Conclusions générales

I. — INTRODUCTION.

—

Toute manifestation vitale est nécessairement liée à une destruction organique. (Roger)

Cette loi, établie sur un grand nombre de recherches expérimentales a été développée d'une façon admirable par Claude Bernard et Herbert Spencer, et elle trouve son application pleine et entière dans l'étude du sujet qui vous est présentement soumis.

En effet, étudier les causes, et le mécanisme des infections des voies biliaires ainsi que les complications qu'elles entraînent, c'est passer en revue, à la lumière de l'observation rigoureusement scientifique des faits, les deux chapitres les plus importants de la pathologie générale : l'assimilation et la désassimilation, c'est-à-dire, cette continuelle alternative de composition et de décomposition, de création et de destruction, d'absorption et de dégagement de force, tous phénomènes qui nous représentent la véritable image de la vie. Car, si le rein est le grand éliminateur des poisons, le foie en est le principal destructeur. Placé comme une barrière sur le trajet des substances qui proviennent du tube gastro-intestinal, relié aux principaux organes par le triple système artérioso-veineux et nerveux, il retentit sur eux ou il en subit les contrecoups suivant les circonstances si multiples de notre vie pathologique.

Rien d'étonnant donc, à ce que nous établissions des rapports étroits entre le système hépatique et les autres systèmes ; cela permettra de mieux saisir et comprendre la pathogénie des troubles que nous allons étudier ensemble.

J'ajoute immédiatement que j'ai dû limiter le cadre de ce travail, à cause de l'étendue de la question, à l'étude des trois principales affections qui se greffent naturellement sur l'infection des voies biliaires et qui en dépendent : les *ictères infectieux*, les *angio-cholécystites calculeuses* et les *pancréatites*.

II. — ANATOMO-PHYSIOLOGIE.

Pour bien comprendre le mécanisme de l'infection du système hépatique il faut connaitre les relations intimes du foie avec les organes qui l'entourent.

Le foie est en communication avec l'organisme par ses vaisseaux et ses canaux excréteurs, les uns lui apportent les matériaux à élaborer, les autres emportent les matériaux élaborés et les produits de la sécrétion soit interne soit externe du foie.

Ces voies de communication consistent en trois voies d'apport et deux voie d'excrétion. (Planche I)

(*a*) *Voies d'apport.* — Les trois voies d'apport sont représentées par les diverses branches de la veine porte provenant de trois organes capitaux : l'*intestin*, le *pancréas* et la *rate*. Ces différentes branches se réunissent définitivement en un tronc unique, *la veine porte* qui se divise au niveau du hile du foie et pénètre intimement dans la profondeur pour se terminer en un système de capillaires radiés qui se dirigent sur plusieurs centres représentés par les ramuscules des veines sus-hépatiques. Leurs capillaires respectifs s'enchevêtrent pour constituer le système des veines sus-hépatiqnes.

Comme vous le voyez, l'accouplement vasculaire du foie avec l'intestin, le pancréas, et la rate, est une chose établie et il répond aussi à un accouplement fonctionnel.

(*b*) *Voies d'excrétion* : Laissant de côté les voies lymphatiques qui sont peu connues, nous mentionnerons deux voies d'évacuation importantes :

1. *La voie de la sécrétion interne* : La veine sus-hépatique, qui est formée par la réunion de toutes les veines sus-hépatiques lobulaires dont les capillaires côtoient ceux du système porte. Ces veines sus-hépatiques constituent finalement deux groupes qui s'ouvrent dans la veine cave inférieure au niveau du bord postérieur du foie. Ce sang atteint immédiatement le cœur, le poumon et la circulation générale :

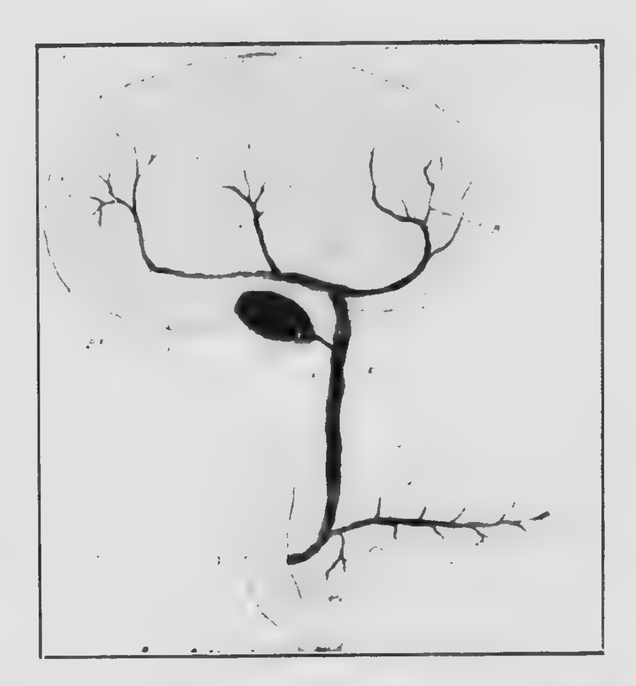
2. *La voie de la sécrétion externe* représentée par l'arbre biliaire : ce dernier est constitué par des cellules hépatiques

Pl. I

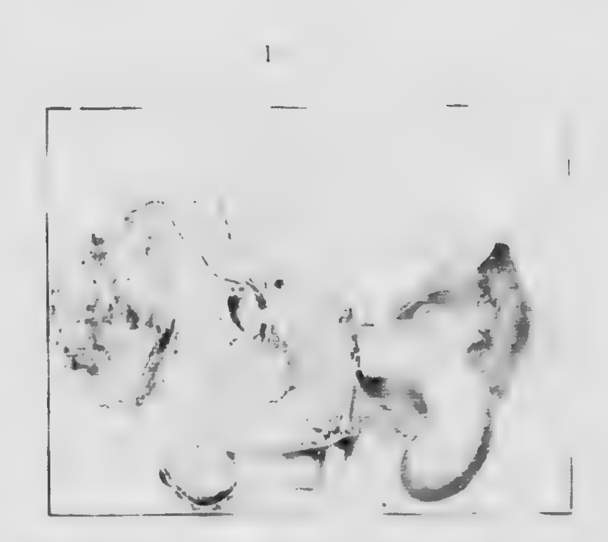


A Intestins. B Estomac. C Rate. D Veine porte. E Foie.
F Veines sus-hépatiques.

Pl. II



A Foie. B' B'' Canaux biliaires extra-hépatiques. C Canal hépatique.
D Vésicule biliaire. E Canal cystique. F Canal cholédoque
G Duodénum. H Pancréas. I Canal de Wirsung.



[illegible] en haut [illegible] pancréas [illegible]

contenues dans des travées conjonctives (fig. formant des canaux qui convergent de plus en plus et sortent du foie au niveau du hile par deux branches : l'une droite, l'autre gauche bientôt réunies en un seul tronc. Ce tronc, canal hépatique, puis canal cholédoque, débouche dans le duodénum au niveau de l'ampoule de Vater. Le canal cystique aboutissant à un réservoir d'accumulation, la vésicule biliaire s'ouvre aussi dans le cholédoque. (Planche II.)

Je signale en passant l'existence très importante du canal de Wirsung, qui fait communiquer le pancréas avec le canal cholédoque et l'intestin.

(c) *Innervation.* — Enfin, pour compléter cette description succinte, je dois vous rappeler que le foie est aussi lié à ces mêmes organes par un système d'anastomoses nerveuses qu'il est important de bien connaître si l'on veut saisir la génèse des troubles nerveux réflexes dont il sera question plus loin.

Les nerfs de l'estomac viennent des nerfs pneumogastriques gauche et droit et du plexus solaire du grand sympathique. Le nerf pneumogastrique gauche forme le plexus stomacal antérieur et envoie une partie de ses rameaux au hile du foie, tandis que ses autres rameaux s'anastamosent avec des branches du grand sympathique. Le pneumogastrique droit forme le plexus stomacal postérieur et envoie un certain nombre de branches au plexus solaire. D'autre part, le grand sympathique envoie ses filets nerveux à la vésicule, au foie et à l'estomac.

Les branches du pneumogastrique et du grand,sympathique non-seulement s'anastomosent assez souvent entre elles, mais de plus, elles aboutissent à des plexus nombreux où elles s'enchevêtrent et se mêlent.

Le plus important de ces plexus est le plexus solaire, formant au-dessus du pancréas et en arrière de l'estomac une masse volumineuse dont les ganglions les plus importants sont les ganglions semi-lunaires placés de chaque côté de la colonne vertébrale. (Planche III).

Par suite de cette disposition, toutes les excitations sensitives, motrices, sécrétoires, parties du foie, de la vésicule et des voies biliaires peuvent retentir sur l'estomac et donner lieu à des manifestations de même nature.

Tels sont, messieurs, les détails techniques sommaires que je voulais vous exposer avant d'entrer dans le vif de la question.

III. — DÉFINITION.

L'infection des voies biliaires comprend une série d'affections à étiologie dissemblable, caractérisées cliniquement par l'apparition de troubles plus ou moins intenses de la santé générale, accompagnés ou non d'ictère.

IV. — ETIOLOGIE.

(*a*) *Causes.* — Les infections des voies biliaires sont causées par l'envahissement sur place des micro-organismes qui proviennent soit du sang, des intestins ou autres organes et qui sont véhiculés par lui — voies d'apport — soit de l'intestin, d'où ils émigrent par les canaux biliaires.

L'infection des voies biliaires peut se rencontrer dans la plupart des maladies infectieuses: fièvre typhoïde, fièvre jaune, fièvre paludéenne, choléra, pneumonie, tuberculose, grippe, érysipèle.

De fait, on a signalé la présence, dans les complications diverses, de la plupart des microbes connus: colibacille, staphylocoques blancs et dorés, streptocoques, entérocoques, bacille d'éberth, tétragène, vibrion cholérique et même bacille de Koch.

Mais, tous ces bacilles ne franchissent qu'exceptionnellement la partie moyenne du cholédoque ; les vrais hôtes normaux des voies biliaires sont les microbes anaérobies, dont je vous fais grâce des noms.

Normalement, les voies biliaires sont protégées contre l'infection ascendante par la chasse physiologique de la bile et la sécrétion du mucus doué de propriétés bactéricides. Dès lors, toutes les causes s'opposant au libre écoulement de la bile en supprimant les moyens de défense des voies biliaires contre l'infection menaçante seront, par suite, des causes d'infection locale ou générale de la glande hépatique.

On s'explique ainsi comment des calculs obstruant les canaux biliaires, traumatisant leur revêtement épithélial, favori-

seront l'infection ; comment, au cours des maladies infectieuses, la virulence exagérée des microbes habitant l'intestin, l'altération de la bile et du mucus, le ralentissement de la sécrétion biliaire dû à l'hyperthermie, l'atonie du cholédoque au cours d'états adynamiques constitueront autant de causes prédisposantes à l'ascention des microbes normaux de l'intestin ou des voies biliaires.

(*b*) *Voies de pénération.* — (1. *Voie intestinale-ascendante*). J'ai dit qu'un certain nombre de microbes anaérobies étaient les hôtes normaux et habituels des canaux biliaires. Ils habitent surtout le tiers supérieur du cholédoque, la vésicule biliaire et l'entrée des canaux hépatiques. Mais leur rôle est encore mal défini et peu étudié. D'ailleurs on ne les a guère retrouvés dans les angiocholites.

Quant aux autres variétés d'aréobies, il est admis qu'ils atteignent le foie par l'intermédiaire des canaux biliaires à la faveur de circonstances favorables à leur migration et à leur pullulation. On rapporte des faits avec autopsie où le bacille d'Eberth a pu séjourner pendant des années dans la vésicule biliaire et provoquer l'apparition d'une cirrhose biliaire bien caractérisée.

2. *Voie sanguine-descendante.* L'infection peut aussi se propager par voie sanguine. Jusqu'à ces dernières années on admettait qu'elle se faisait exclusivement par voie ascendante, de l'intestin vers le foie favorisée, d'ailleurs, par les conditions que j'ai énumérées plus haut. Or, des recherches récentes poursuivies au laboratoire de M. Widal, à Paris, par MM. Forster, Lemierre et Abrami, instituées avec toute la rigueur scientifique voulue, prouvent que certaines maladies infectieuses v. g. la fièvre typhoïde, s'accompagnant peut-être, même toujours, de septicémie éberthienne, le bacille parvient au foie par la voie sanguine, infecte ainsi par voie descendante les canaux biliaires et détermine les angio-cholécystites aigues ou chroniques, suppuratives ou lithogènes [1].

En injectant dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin des cultures de bacilles d'Eberth, ce[illegible]vateurs ont constaté

1. Cestan et Azéma-De la cirrhose biliair[illegible] origine eberthienne Gazette des hôpitaux. April 1908.

l'élimination des germes par le foie, et leur passage dans la bile, qui les charrie au travers des conduits biliaires jusque dans l'intestin. Les lésions de cet organe ne seraient pas dues à l'action directe des microbes sur la muqueuse, mais représenteraient des localisations métastatiques de la septicémie éberthienne.

En effet, ces expérimentateurs, chez un autre lapin injecté par inoculation avec l'Eberth et le pneumo-bacille, ont observé une péricholécystite manifeste ; et ils ont isolé, à l'état de pureté dans la vésicule, les mêmes bacciles qu'ils ont retrouvés aussi dans l'intestin grêle.

Ainsi, dans ce cas, l'étape ascendante serait même supprimée ; d'emblée le bacille d'Eberth serait versé dans les petits vaisseaux biliaires et un semblable mécanisme faciliterait singulièrement l'apparition des angio-cholites aigues et chroniques.

En résumé, comme vous pouvez le constater, MM., l'infection des voies biliaires est causée par la présence de micro-organismes aérobies divers qui envahissent le foie soit par la voie intestinale (canaux biliaires) soit par la voie sanguine (veine porte) à la faveur de certains désordres locaux ou généraux.

V. — DES FORMES CLINIQUES DE L'INFECTION DES VOIES BILIAIRES

1° *Ictères infectieux bénins.*	cirrhose biliaire
(a) *Ictère simple*	
(b) *Ictère catarrhal*	
(c) *Ictère à forme typhoïdique*	ictère grave
(d) *La lithiase biliaire*	
(e) *Les pancréatites*	

(*a*) *Ictère infectieux simple :* — C'est l'ictère banal dont la cause nous échappe bien souvent. Il peut apparaitre sous forme d'épidémie surtout dans les agglomérations d'individus et particulièrement chez les jeunes gens.

Il évolue en deux étapes. Dans une première phase apparaissent brusquement des phénomènes généraux : fièvre, frissons, courbatures, lassitude, céphalalgie, bientôt suivis de troubles digestifs, anorexie, vomissements, diarrhée biliaire, langue saburrale ; on note encore, mais d'une manière moins constante,

des épistaxis, de l'albuminurie, parfois une éruption d'herpès. Le foie et la rate sont augmentés de volume. La température oscille entre 99 et 101 F.

Dans une seconde phase, qui débute au bout de 4 à 8 jours, aux symptômes précédants s'ajoute l'ictère qui peut revêtir deux formes : *ictère par rétention* avec décoloration des matières, ou ictère *polycholique* caractérisé par des débacles bilieuses. La température reste élevée, les urines sont rares.

Après une durée variable, tous les accidents rétrocèdent peu à peu et la crise urinaire polyurique et azoturique nous annonce que la convalescence est certaine.

Mais il convient d'ajouter que malgré son caractère d'apparente bénignité, cet ictère peut évoluer brusquement vers l'*ictère grave* dont vous connaissez le sombre pronostic.

(*b*) *Ictère catharral.* — Cet ictère apparaît à la suite de troubles gastro-intestinaux avérés. d'écarts de régime, d'excès alcooliques, après absorption de substances alimentaires avariées, toxiques ou contaminées par des germes pathogènes. Les changements subits de température — chaud — froid — en favorisent l'apparition. L'élément infectieux provient ici du tube digestif. Certains poisons, comme l'alcool, diminuent passagèrement l'activité fonctionnelle du foie (congestion-inhibition) et favorisent ainsi l'action des germes de l'intestin.

L'ictère, dans ce cas-ci, paraît le plus souvent dû à la rétention biliaire provoquée par l'oblitération du cholédoque par un bouchon muqueux. Cette angio-cholite des gros canaux s'accompagne, en effet, d'une tuméfaction de la muqueuse et d'une sécrétion catarrhale pouvant se concréter en une sorte de coagulum à l'extrémité inférieure du cholédoque. Ces phénomènes ont pu être reproduits expérimentalement par des injections de pneumocoques dans le cholédoque. Cet ictère évolue avec les mêmes caractères que le précédent ; mais les signes sont plus accusés, mieux définis. La diarrhée est abondante, les selles fétides, décolorées, graisseuses, enfin la jaunisse apparaît du 4e au 6e jour pour disparaître du 10e au 15e jour alors que la crise urinaire se produit et que l'ictère s'atténue.

La convalescence est quelquefois longue, elle peut se prolonger durant un à trois mois pendant lesquels la jaunisse per-

siste avec des phases de recrudescence à la suite de fatigue ou d'une reprise d'alimentation. La malade maigrit, son état inspire des craintes, on redoute une complication sérieuse, puis bientôt tout rentre dans l'ordre. Il s'agit, dans ces cas, d'une forme d'*ictère catarrhal prolongé* si bien décrite par Dieulafoy.

(*c*) *Ictère à forme typhoïdique.* — C'est un ictère à forme épidémique et contagieuse dû à l'absorption d'eaux contaminées et d'aliments avariés.

Le début est brusque : fièvre, frissons, courbature, céphalalgie, vomissements, diarrhée, insomnie. L'ictère est précoce, la constipation remplace souvent la diarrhée du début. Les urines sont rares, albumineuses et laissent un dépôt abondant d'urates, elles contiennent des pigments biliaires et de l'urobiline.

Ces phénomènes se continuent durant un ou deux septenaires accompagnés de fièvre, délire, épistaxis, purpura, etc. tuméfaction douloureuse du foie et de la rate, si bien que la mort peut arriver en plein état typhique.

La guérison peut survenir à la suite d'une crise urinaire ; mais il y a aussi de fausses guérisons, celles où la crise urinaire n'est pas complète et où la température n'est jamais redescendue à la normale. Il faut attendre et surveiller, car on s'expose à voir des rechutes se succéder, comme dans la fièvre typhoïde et entraîner des complications graves. Cette alternative comporte un pronostic réservé.

Quant au diagnostic, il est fondé sur la rapidité d'apparition de l'ictère après une période d'infection banale. Le sérodiagnostic nous aidera à éliminer la fièvre typhoïde.

Le traitement de ces trois variétés de l'ictère sera à peu près identique : diète hydrique, qui constitue le meilleur moyen de désinfection des voies digestives ; grandes irrigations de l'intestin avec l'eau bouillie fraîche ; régime lacté poursuivi pendant longtemps. Bains frais si l'état typhique s'accuse, injections de sérum artificiel, etc.

On fera la désinfection intestinale au moyen du calomel, du salicylate de soude, du benzo naphtol . . .etc.

Enfin on instituera un régime convenable ponr empêcher le retour de nouvelles crises.

(*d*) *La Lithiase biliaire.*—La lithiase biliaire est une des affections que l'on rencontre le plus souvent de nos jours. Est-elle plus fréquente aujourd'hui qu'autrefois?... Je ne le crois pas ; mais, comme pour l'appendicite, nous sommes mieux armés pour la dépister de bonne heure, en suivre avec profit les diverses phases et, au besoin, indiquer au chirurgien le moment le plus favorable pour l'intervention chirurgicale, quand, par malheur, le traitement médical est resté sans effet.

(*a*) *Fréquence.* — Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Ainsi, Bouchard, sur 100 cas l'a observée 66 fois chez la femme et 24 fois chez l'homme.

Dans les autopsies, Schrœder de Strasbourg, l'aurait constatée dans 4. 4. p. 100, chez l'homme et dans 20.6 p. 100 chez la femme.

Dans une statistique récente de 200 lithiasiques biliaires, publiée par les Drs. Salignat, de Vichy, et Foucaud, de Chatel-Guyon, [1] on compte 51 hommes contre 149 femmes.

Enfin, une statistique de Kehr, chirurgien allemand, citée par le Dr. St. Jacques, donne, sur 730 interventions pour lithiase biliaire, 536 femmes contre 119 hommes : soit 5 contre 1.

(*b*) *Etiologie.* — Bien des causes peuvent expliquer cette prédilection marquée pour le sexe féminin : le sédentarisme, l'irrégularité plus fréquente des fonctions intestinales, l'influence de la grossesse et de la lactation, le port du corset...etc.

Au point de vue général, nous relevons assez souvent dans les antécédants héréditaires, le rhumatisme, la goutte. certaines affections gastriques ; mais il semble que l'hérédité ne joue qu'un rôle secondaire. En effet, si on lit avec attention la plupart des observations parues, on note presque toujours, dans les accidents personnels, l'histoire d'une maladie infectieuse : fièvre paludéenne, fièvre typhoïde — que l'on rencontre plus fréquemment que toute autre dans le grand nombre d'observations que j'ai lues.

1. Dyspepsie des lithiasiques biliaires. Gazette des hôpitaux, 19 et 21 Mai 1908.

Chez presque tous, les fonctions intestinales sont irrégulières.

Le sédentarisme de diverses professions, les émotions brusques, les chagrins exercent aussi une influence dans ces cas.

En résumé, nous trouvons dans cette étiologie des causes susceptibles d'influencer, soit en même temps le foie et l'estomac, soit plus particulièrement l'un ou l'autre de ces organes.

(c) *Pathogénie.*—Comment naissent ce sable et ces calculs?

Autrefois, on disait qu'ils se formaient par l'épaississement d'une bile stagnante, puis que les éléments du calcul venaient se déposer, sous forme cristalline, sur des corps étangers introduits accidentellement, par un phénomène physico-chimique banal.

Bouchard, après eux, fit de la lithiase biliaire une maladie par ralentissement de la nutrition. D'après lui, la *cholestérine* est maintenue en dissolution dans la bile par la présence de sels biliaires, de savons de soude ou de potasse dans un milieu *alcalin ;* que la bile devienne acide, que les savons ou les sels biliaires alcalins soient insuffisants pour dissoudre la cholestérine, que la chaux prédominante dans la bile forme avec les acides biliaires et les acides gras des savons calciques insolubles, en déplaçant la potasse et la soude, la cholestérine alors en excès se précipite, et de cette précipitation résulte la formation du calcul [1].

Cette théorie n'est pas complètement abandonnée aujourd'hui ; mais on tend de plus en plus à croire que la formation des calculs parait relever de l'infection des lésions de la muqueuse de la vésicule, car il semble que la cholestérine et la chaux soient avant tout un *produit de sécrétion de la muqueuse enflammées des voies biliaires.* Les agents pathogènes des infections diverses (coli-bacille, bacille d'Eberth, plus rarement streptocoque ou staphylocoque) peuvent, s'ils y trouvent des conditions favorables, envahir les voies biliaires et causer une angio-cholécystite qui apparaît, (a) lorsque la sécrétion biliaire est modifiée dans sa qualité et sa quantité, (b) lorsque l'excrétion de la bile est entravée par une coudure ou une compression des voies biliaires. La stase biliaire favorise la pullulation microbienne.

1. Claude, Précis de Pathologie interne. Tome II.

A tout évènement, les bacilles d'Eberth et le colibacille ont été rencontrés au centre des calculs, et Gilbert a pu reproduire expérimentalement la lithiase en injectant dans le vésicule du coli-bacille à virulence atténuée.

Cependant, Claude, au moyen de toxines microbiennes lésant les parois biliaires, a pu déterminer des hémorragies et des caillots sanguins à la périphérie desquels se déposait la cholestérine sécrétée en excès par une muqueuse enflammée.

En résumé, la lithiase est fonction de l'infection biliaire.

(d) *Symptomatologie.* — (a) *La dyspepsie des lithiasiques biliaires.*

Les formes de la dyspepsie chez les lithiasiques biliaires sont très importantes et moins connues. Seuls, à mon avis, ces troubles dyspeptiques si variés nous conduiront sûrement dans la voie du diagnostic alors que rien, pas même, bien souvent, un examen local méticuleux, ne pourrait nous le faire soupçonner.[1]

Tantôt ils accompagnent les symptômes évidents de la lithiase (coliques hépatiques, cholécystites simples ou suppurées). Tantôt ils se manifestent isolément. Ils peuvent même prendre une telle importance dans la scène morbide qu'ils imposent quelquefois le diagnostic de simple gastropathie, lorsque l'attention n'est pas suffisamment prévenue.

Sur 200 malades, observés par MM. Salignat et Foucaud, 144, soit 72 p. c. présentaient des troubles dyspeptiques variés, en rapport, par leur évolution, avec les manifestations lithiasiques.

Parmi ces derniers, 44 présentaient des troubles légers et passagers : crises périodiques alternant de l'estomac au foie.

Chez les 100 autres malades les manifestations gastriques étaient tenaces — et persistantes avec aggravations pendant les crises de coliques.

Chez la plupart enfin, 132 sur 144, les troubles dyspeptiques ont disparu ou se sont améliorés avec la diminution ou la disparition des crises hépatiques.

---

1 Nous prenons ces renseignements dans une étude très complète que viennent de publier MM. Salignat, médecin à Vichy, et M. Foucaud, médecin à Chatelguyon dans la Gazette des hôpitaux de Mai 1908.

Partout et toujours avec un peu d'attention vous trouverez ces troubles dyspeptiques.

Au congrès de Québec, en 1903, M. Marien, de Montréal, a publié six observations dans les lesquelles je note ces troubles dyspeptiques.

Plus tard, M. St-Jacques, dans un travail sur la lithiase biliaire, paru dans l'Union Médicale du Canada en 1906, rapporte plusieurs observations où les troubles dyspeptiques ont débuté 4 ans, 2 ans, 8 mois avant la crise finale qui les conduit chez le médecin ou le chirurgien des hôpitaux.

J'ai fait les mêmes constatations chez un grand nombre de lithiasiques que j'ai pu suivre. L'opération, lorsqu'elle a pu être pratiquée, a toujours confirmé nos vues en même temps que les crises s'atténuaient ou disparaissaient avec l'extraction des calculs.

Types cliniques de la dyspepsie des lithiasiques biliaires

Cette dyspepsie revêt plusieurs formes qu'il importe de connaître.

1° *Dyspepsie atonique :* — (dilatation de l'estomac)

Plusieurs malades accusent de la diminution ou de la perte d'appétit, des digestions lentes, pénibles, des gaz, des renvois. Peu de temps ou de suite après les repas, ils éprouvent de la pesanteur, une sensation de barre, de ballonnement à l'épigastre, souvent il y a de l'oppression, des palpitations, de la sommolence, des bouffées de chaleur au visage. Souvent le foie se congestionne, surtout le lobe gauche, ce qui expliquerait peut-être la pesanteur épigastrique que ressentent les malades de cette catégorie, il augmente de volume il est sensible sur son bord libre.

Cette forme se rencontre dans à peu près 50 p. 100 des cas.

2° — *Dyspepsie hypersténique* — (*excitation stomacale*).

Cette variété se rencontre dans 30 p. 100 des cas. Chez ces malades l'appétit est tantôt augmenté, tantôt diminué. De

une à trois heures après les repas ils ont des éructations à l'estomac. Ces troubles atteignent leur maximum plutôt tardivement, à l'inverse de ce qui se passe dans la dyspepsie atonique.

Ce délai tardif correspond au moment où la véhicule biliaire entre en contraction pour déverser dans l'intestin la bile qu'elle contient. Il s'agit d'une hypéresthésie gastrique, sous l'influence d'une excitation réflexe partie des voies biliaires altérées. (Salignat-Foucaud), et transmise à l'estomac par les anastomoses nerveuses dont j'ai parlé au début. (voir plus haut pl. III).

3. — *Sydrome pylorique.*

Cette variété se rencontre dans 16 à 30 p. 100 des cas.

Ce syndrome se rencontre chez les malades qui présentent un obstacle au pylore, et il apparaît longtemps après les repas, de 2 à 5 heures. Ce sont des troubles qui ressemblent assez à ceux que nous avons observés dans la forme précédente (hypersténique) mais ils augmentent d'intensité au point que le malade est obligé de se courber en deux ou de s'allonger en cherchant à comprimer son creux épigastrique ; la crise se termine souvent par un vomissement alimentaire ou aqueux.

Or, MM., à part les cas d'obstruction mécanique, ces troubles sont causés par le *spasme du pylore*, provoqué par une excitation réflexe partie de la vésicule et des voies biliaires.

4. — *Pseudo-ulcère gastrique, gastralgie, vomissements, embarras gastrique.*

Dans quelques cas il peut se produire des hématémèses ou du méloena par suite de troubles vasculaires veineux si fréquent chez les hépatiques : ce sont les pseudo-ulcères des lithiasique

Ailleurs, ce sont des crises douloureuses paroxystiques, éclatant brusquement en pleine santé à n'importe quelle heure, aussi bien à jeun qu'après les repas, et se terminant bien souvent comme elles avaient commencé ; elles s'accompagnent d'une sensibilité épigastrique intense et parfois de vomissements qui peuvent apparaître isolés, de temps en temps, sans autre manifestation gastrique dans l'intervalle.

Quant aux embarras gastriques caractérisés par de l'inappétence, des vomissements alimentaires ou bilieux avec débâcles diarrhéiques, ils sont causés par une infection d'origine biliaire.

Dans toutes ces formes si variées de dyspepsie, l'étude du chimisme gastrique est très variable. En résumé, les troubles si importants de la dyspepsie des lithisiaques biliaires se présentent sous deux formes :

a) Symptômes d'excitation (54 %) — Hypersthénie ; Syndrome pylorique ; Gastralgie ; Vomissements.

b) Symptômes de dépression ([illegible]) — Hyposthénie ; Embarras gastriques ; Troubles dyspeptiques ; Indéterminés.

L'intestin participe aussi à cette dyspepsie. Dans la plupart des cas — 50 % au moins — nous rencontrons une constipation opiniâtre, un véritable état spasmodique de l'intestin dû à la diminution de la bile amenant une augmentation du poids des substances sèches. Chez d'autres malades ces crises de constipation alterneront avec des crises de diarrhée, de véritables débâcles bilieuses.

L'entérite muco-membraneuse est assez fréquente.

Tous ces troubles, que je viens de décrire, s'expliquent facilement si vous voulez bien vous rappeler les anastomoses veineuses des deux systèmes.

Rappelez-vous que la veine splénique se jette dans la veine-porte, principale voie d'apport du foie ; or, cette veine splénique reçoit, 1° — Les veines courbes de l'estomac, 2° — La veine gastro-épiploïque droite, enfin, la veine cave supérieure qui aboutit directement à la veine-porte.

Ainsi donc, on comprend comment il se fait que toute cause pouvant déterminer de la congestion du foie puisse retentir sur la circulation veineuse de l'estomac par le système porte.

La circulation veineuse jouant un grand rôle dans les fonctions digestives, et cette circulation étant ralentie chez certains lithiasiques, il s'ensuit une perturbation de ces diverses fonctions se traduisant surtout ainsi que nous l'avons vû, par des symptômes d'hyposthénie.

Quant aux troubles nerveux, ils indiquent une excitation

soit des nerfs sensitifs, soit des nerfs moteurs, soit à la fois des nerfs sensitifs et moteurs.

Je vous ai dit un mot des anastomoses du pneumogastrique et du sympathique avec les plexus solaire et autres. C'est par leur intermédiaire que naissent tous les troubles gastriques énumérés plus haut.

C'est à une excitation sensitive que sont dues la gastralgie et les crampes d'estomac.

C'est à une excitation motrice que sont dûs les vomissements isolés.

C'est à une excitation des nerfs sensitifs et moteurs qu'est dû le syndrome ou spasme du pylore.

Les troubles de la sécrétion gartrique doivent être également attribués à une excitation réflexe ou à une diminution de l'influx nerveux sous l'influence des variations de la sécrétion de la bile dans l'intestin. Ainsi s'explique le chimisme variable que l'on observe chez les lithiasiques biliaires.

(E) *Diagnostic.*

Après l'étude que je viens de faire de ces troubles gastriques, je crois pouvoir affirmer que, chez tous les dyspeptiques, il faudra toujours rechercher les moindres signes de la lithiase biliaire si l'on veut éviter de prendre pour de simples gastropathes des lithiasiques à manifestations gastriques.

D'autre part, le diagnostic précoce de la lithiase biliaire sera de la plus grande importance, car le traitement de l'affection gastrique sera insuffisant si l'on n'y joint celui de la lithiase.

Il nous est facile de dépister une colique hépatique lorsque les signes classiques existent et que les crises se répètent, mais il n'en est pas toujours ainsi. Souvent les troubles dyspeptiques sont prédominants ou isolés et existent depuis plusieurs années. Il nous faut rechercher les points vulnérables et établir au moyen d'eux les rapports qui existent entre ces troubles dyspeptiques et la lithiase biliaire.

1° *Point épigastrique.* — Un des signes les plus constants est une douleur spontanée ou provoquée au niveau du creux épigastrique à deux travers de doigt au-dessus de la pointe de l'appendice xiphoïde sur la ligne médiane. Pour les uns cette

douleur serait dûe à une hyperesthésie du plexus solaire, pour les autres elle siègerait dans le lobe du foie.

Cette douleur spontanée serait surtout manifeste durant la période de digestion avec irradiation de chaque côté à la base des côtes, déterminant une sensation de barre et d'étau. Elle peut aussi irradier dans le dos vers la pointe de l'omoplate droite ou entre les deux omoplates. On observe q.q.f. un point rachidien, comme dans l'ulcère; mais tandis que dans ce dernier le siège est toujours médian, chez l'autre, il est distant de deux ou trois travers de doigt des vertèbres. Aussi, cette douleur spontanée est plutôt passagère. Au contraire, la douleur provoquée est beaucoup plus fréquemment observée, car elle se manifeste et persiste avec ou sans la précédente. Une pression légère, une palpation superficielle peuvent la provoquer bien souvent q. q. f. il faut exercer une pression plus forte. Cette douleur est plus vive durant les crises; faible à jeun, plus marquée durant la période digestive. On peut même provoquer, en la recherchant, des sensations d'étouffement et de constriction pouvant aller jusqu'à l'oppression.

Les analgésiques ordinaires ne la calment pas.

2° *Points vésiculaire.* — Ce point siège au niveau même de la vésicule, plus haut ou plus bas suivant l'état dilaté ou rétracté de la vésicule et aussi suivant l'état du foie. Habituellement, on le trouve à la limite du bord supérieur du foie sur le prolongement d'une ligne passant par l'extrémité de la 9ème côte.

Comme pour la douleur épigastrique, elle peut être spontanée, les malades accusant de la pesanteur dans l'hypocondre droit avec irradiation q. q. f. vers l'omoplate droite, l'épaule et enfin le bras droit.

La sensibilité à la pression légère ou profonde est plus fréquente que la précédente, qui peut manquer. Parfois, tout le bord libre du foie est sensible, mais avec un point maximum au niveau de la vésicule.

3° *Tumeur vésiculaire.* — La tumeur vésiculaire révélée par la palpation est d'une grande importance, mais elle n'est pas toujours perceptible à la palpation.

Elle est plus facile à trouver lorsque la vésicule renferme des calculs volumineux et nombreux; mais la tâche est plus

délicate et moins probante lorsque nous avons affaire à une vésicule libre qui ne se distend que dans la période des crises et qui revient à son état normal dans l'intervalle. Dans ces cas, nous croyons que le spasme des voies biliaires favorise l'accumulation de la bile, mettant la vésicule en tension et provoquant des phénomènes douloureux qui caractérisent la colique hépatique.

4° *Le foie.* — Le foie des lithiasiques subit des poussées congestives fréquentes suivies de dépression. Tantôt il est augmenté de volume avec douleur spontanée, tantôt la main doit plonger assez loin pour réveiller cette sensibilité.

Le plus souvent, le foie déborde à peine les fausses côtes ; d'autres fois il déborde d'un, de deux et même de trois travers le doigt.

Il y a quelquefois de l'urticaire, des démangeaisons, etc.

5° (a) *L'ictère et le sub-ictère.* — A ces signes prémonitoires vous pouvez ajouter q. q. f. les signes certains de la maladie biliaire en évolution progressive tels que l'ictère. C'est un symptôme de la plus grande importance, assez fréquent et souvent le seul qui nous éclaire sur la cause de tous les troubles intérieurs. Cet ictère est dû au passage dans le sang et dans les urines de pigments biliaires résorbés au niveau du foie. Il est trane et passager, excepté dans les cas d'obstruction totale et permanente des canaux biliaires. Il peut préceder la crise ou la suivre de très près.

(b) *Sub-ictère.* — Toutefois il est beaucoup plus fréquent d'observer du *sub-ictère.* Il faudra le rechercher surtout à la face, sur les joues, autour des yeux, sur les tempes, autour de l'orifice buccal, près des ailes du nez et sur les conjonctives.

6° *Pigments biliaires.* — Généralement les urines sont foncées ; couleur brique, rouge sang, brun rouge, couleur bière brune, couleur marc de café.

Dans ces urines l'acide azotique donne la réaction de *Gmelin* : anneau vert caractéristique (bileverdine et bilirubine). Dans les urines trop foncées, il vaut mieux ajouter de l'eau afin de voir la réaction. Il est important de rechercher cette réaction, même dans les urines claires qui donnent, au lieu d'un anneau vert, un anneau gris bleu, caractéristique de la présence de pigments biliaires. (Houdart) Cette réaction est très sensible.

7° *Colique hépatique.* — Enfin, nous arrivons à l'évolution ultime de la maladie confirmée, celle de la colique hépatique caractérisée par une accentuation très nette de tous les signes précédents auxquels il faut ajouter la douleur violente au côté droit avec irradiation dans le dos et l'épaule droite, ictère plus marqué, selles décolorées, couleur mastic, facies grippé, angoissé, agitation extrême, ballonnement du ventre (épigastre) douleur exquise à la palpation. A ces signes il convient d'ajouter l'arythmie avec q. q. f., de la dilatation réflexe du ventricule droit, avec asystolie et syncope mortelle en diastole. Du côté pulmonaire, dyspnée, toux quinteuse, congestion pulmonaire à la base droite, râles. Au point de vue nerveux on a signalé l'apparition du délire, et même une hémiplégie droite avec aphasie temporaire.

La fièvre est absente le plus souvent. Elle existe cependant 99 à 100 — 101 f. Elle disparaît avec la crise pour reparaître dans une autre crise.

Dans quelques cas enfin, on peut avoir affaire à des accès de fièvre à forme palustre avec des températures oscillant entre 99 et 101, accompagnées de frissons, chaleurs, sueurs.

Ces accès correspondent à des crises d'infection intermittentes.

Au bout de 6 à 12 heures, la terminaison s'annonce brusquement par une sensation de bien-être, des sueurs critiques et l'émission d'urines pâles et abondantes.

Un ou deux jours après la cessation de la crise, il est possible de retrouver le calcul dans les selles, à moins qu'il ne soit retombé dans la vésicule ou qu'il ne soit rejetté par vomissement. Le calcul peut également rester immobilisé sur une partie des voies biliaires, particulièrement à l'extrémité inférieure du cholédoque. On peut observer une série de crises subintrantes pendant plusieurs jours.

Toutefois, en période de crise aigue, le spasme des conduits biliaires s'opposera à la migration des calculs qui ne pourront être expulsés qu'après la cessation de la poussée congestive inflammatoire. Ainsi s'explique le fait que l'expulsion des calculs, lorsqu'elle a lieu, ne s'effectue que plusieurs jours après crise (5e ou 6e).

Il y a cependant des malades qui expulsent des calculs sans

douleur. Ceci est dû à la disparition de l'inflammation des voies biliaires qui deviennent plus tolérantes.

Dans d'autres cas, lorsque le calcul est trop volumineux et que l'inflammation de la vésicule disparaît à la suite du traitement, il y séjourne comme corps étranger en ne donnant lieu à aucun trouble.

Tous ces signes, donc, nous permettront avec un peu d'observation et en y pensant, de faire un diagnostic ferme.

Il ne faudra pas se laisser hypnotiser par l'estomac seul dans les troubles dyspeptiques que l'on rencontrera ; remontons un peu plus loin, recherchons l'origine, étudions-en la nature et nous en trouverons presque toujours la cause. Enfin, dans la crise confirmée, si nous pensons à la colique néphritique avec ses irradiations descendantes, à la colique de plomb avec son liséré gingival et son apparition exclusive chez l'homme, et l'homme du métier, à la colique intestinale avec sa diarrhée et ses borborygmes ; à des crises d'hyperchlorhydrie vite calmées par le bicarbonate de soude à haute dose, il nous sera relativement facile d'éliminer une à une ces affections qui offrent peu de rapprochements avec la colique hépatique.

(F) *Traitement médical de la lithiase biliaire :*

Le traitement de la lithiase biliaire comprend deux parties :

1° *Le régime alimentaire* ;

2° *Le traitement médicamenteux et hydro-minéral.*

1° *Régime alimentaire* : — Il faut supprimer autant que possible les graisses, porc, boudin, saucisses, jambon, agneau, les charcuteries, les pâtes.

Permettre les viandes grillées : bœuf-veau-volaille-laitue-[illegible], en général les légumes verts crus ou cuits, les œufs.

Les médecins proscrivent les œufs de l'alimentation des lithiasiques parce qu'ils craignent que la forte proportion de cholestérine contenue dans le jaune ne contribue à la formation des calculs.

Or, les expériences poursuivies par Dufourt, Thomas et Jankau[1], ont demontré que l'injection ou l'ingestion sous-cutanée

1 Dufourt. Société nationale de médecine de Lyon, 8, 15 janvier 1906, par [illegible] dans Presse médicale février 1906.

de cholestérine n'augmente pas la quantité de cette substance dans la bile. On admet que dans ce cas-ci elle se détruit ou ne passe pas comme telle dans la bile. D'un autre côté, Pawlov, un expérimentateur russe renommé, a démontré que ce sont les produits de la digestion des albuminoides, les graisses et les matières extractives qui excitent l'excrétion de la bile et son écoulement dans l'intestin. Il s'ensuit qu'un aliment qui contiendrait, sous un volume donné, un maximum d'albuminoides et de graisses, plus de matières extractives, serait à choisir pour amener l'excrétion de la bile. Or, le jaune d'œuf réalise ces conditions puisqu'il contient environ 17 p. 100 de graisses et [illegible] p. 100 de substances extractives.

Du reste, c'est avec [illegible] qu'un expérimentateur français Bruno, a obtenu le maximum d'écoulement biliaire par l'ampoule de Vater.

Il n'existe donc [illegible] pour priver d'œufs les [illegible] biliaires.

En [illegible], on [illegible] jaune d'œuf ne serait [illegible] de [illegible] qui sont [illegible] agents de [illegible] Soulier)

Mais [illegible] un régime végétarien [illegible] mieux, [illegible] les principes ont été si bien exposés dans [illegible] dans l'Union Médicale [illegible] je vous renvoie.

[illegible] les périodes aiguës de la m[illegible] repas fréquents et abondants [illegible] pour but de vider fréquemment [illegible] s'y accumuler.

[illegible] Aus[illegible] l'usage de bois[illegible] massage [illegible]

[illegible] exercice [illegible]

[illegible] on prescrira l'hy[illegible] compresse chaude au [illegible] la codéine, les alca[illegible]

[illegible]

2° *Traitement hydro-minéral et médicamenteux :*

(a) Les eaux de Vichy, de Chatel-Guyon, de Pougues. St Louis, Contrexeville, Carlsbad sont indiquées, *chaudes*, le matin, à jeun, et fraiches durant le jour, 2 ou 3 heures après les repas.

(b) Pendant la crise à moins que le cœur ne soit en asystolie, il faut calmer la douleur par une injection de ¼, ½ gr. de morphine ou même davantage, avec intervalles convenables.

L'huile d'olive à dose élevée fait q. q. f. merveille.

La crise terminée, il fàut instituer une médication appropriée.

On prescrira des purgatifs légers souvent répétés : soude ou magnésie.

Chauffard conseille la formule suivante :

> Benzoate de soude : 10 grammes
> Salicylate " 20
> En trente cachets, trois par jour, pris un avant chaque repas

A cela il ajoute l'huile de Harlem à la dose de 40 gouttes en deux capsules le samedi soir seulement. S'il y a douleur, un savant autrichien, le Dr. Zaccharigine prescrit le calomel à la dose de 5 centigrammes (2 grains), d'heure en heure ; après la 4ème ou la 5ème prise, il le donne toutes les deux heures jusqu'à l'apparition des selles molles verdâtres caractéristiques. Après 4 ou 5 prises l'effet se fait sentir. Il donne une dose d'huile de ricin s'il n'y a pas eu d'effet purgatif. Il importe que le malade se gargarise durant ce temps, avec une solution de *chlorate de potasse*, pour éviter la gingivite mercurielle. Il faut en même temps éviter les eaux alcalines à cause du calomel avec lequel elles pourraient former du bichlorure, dit-on ? .... problématique.

Enfin on a beaucoup vanté la *glycérine neutre*. A la dose de [illegible] 30 grammes par jour, (une à deux cuillerées à soupe) suivant l'indication, prises le matin dans un verre d'eau de vichy ou de seltz, elle exercerait un pouvoir manifeste.

Cette méthode a été préconisée par Ferrand, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris. En voici les avantages : 1° La glycérine, administrée par l'estomac, est absorbée par les voies lymphatiques, notamment par les vaisseaux qui vont de l'esto-

mac au hile du foie et à la vésicule biliaire ; on la retrouve dans le sang des veines sus-hépatiques.

2° C'est un puissant cholagogue et un agent précieux contre les coliques hépatiques.

3° A dose relativement massive (20 à 30 grammes, une à 3 cuillerées à soupe) la glycérine détermine la fin de la crise.

4° A dose légère (5 à 15 grammes) la glycérine prise chaque jour dans un peu d'eau alcaline, prévient de nouvelles crises.

L'un et l'autre de ces traitements vous rendront des services à l'occasion.

—Quant à *l'intervention opératoire*, voici ce que Chauffard conseille au médecin .. « L'intervention chirurgicale ne doit être ni précoce, ni tardive, c'est-à dire qu'on ne doit pas laisser aux accidents secondaires graves le temps de se produire, et qu'on ne doit, d'autre part, ouvrir le ventre que quand l'improbabilité de la guérison spontanée est démontrée.

Lorsque l'ictère dure depuis deux mois, même sans infection, si le malade maigrit, se cachectise, il faut intervenir Passé le 3ème mois, il y aurait danger à attendre ».

Quant aux crises dyspeptiques, si elles s'atténuent, si elles s'éloignent avec le traitement de la lithiase biliaire, il vaut mieux attendre. Si, au contraire, les crises se répètent avec la même intensité, si elles se rapprochent, si le malade maigrit, il faut conseiller l'intervention chirurgicale, sans attendre l'apparition de l'ictère. A ce moment, le médecin en a fini avec le calcul mental, le chirurgien est alors appelé à résoudre le problème par le procédé plus pratique du « calcul intégral ».

(E) *Les pancréatites :*

De par sa disposition anatomique, le pancréas est aussi, comme le foie, en imminence d'infection. Les mêmes causes produisent, ici, les mêmes effets. De plus, la lithiase biliaire, compliquée ou non de calculs avec obstruction, constitue une des causes les plus fréquentes des pancréatites. Malheureusement, il semble que cette question n'ait pas reçu, ici, au Canada,

Pl. IV

Fig. a

Fig. b

Fig. c

de la part des médecins et des chirurgiens, toute l'attention qu'elle mérite.

Que de faux lithiasiques et de faux cancéreux sont morts de pancréatite scléreuse, suppurative ou hémorragique, qu'une opération précoce aurait pu sauver et guérir.

C'est par l'étude de cette question que je terminerai ce rapport.

Cette affection se présente sous quatre types cliniques distincts [1].

(a) *Calcul biliaire migrateur, évacué, et panctéatite proliférative secondaire, compression du cholédoque, ictère par rétention.* (Fig. a, pl. IV).

Un malade a déjà eu antérieurement des crises plus ou moins longues de coliques s'accompagnant ou non d'ictère. Un jour s'installe, à la suite de nouvelles crises, un ictère par rétention des plus nets. La crise passe, on recueille un ou plusieurs calculs dans les selles du malade ; malgré cela, l'ictère persiste avec ses mêmes caractères, (pendant 67 jours, (Dieulafoy) pendant plusieurs mois (Gauthier). Le malade maigrit, perd des forces. L'intervention chirurgicale s'impose, le cholédoque est obstrué, dit-on, il faut enlever le calcul. Mais le chirurgien n'en trouve aucun ; seule une exploration lui permet de constater dans la profondeur un pancréas bosselé, induré, parfois formant une tumeur grosse comme une orange (Guéna). Dans ce cas, le calcul biliaire a déterminé par son passage la crise de colique hépatique avec ictère par rétention dû non pas à son arrêt définitif, mais à une pancréatite scléreuse hypertrophiante qui, elle, a déterminé, par compression du cholédoque, l'oblitération secondaire de ce conduit.

(b) *Calcul biliaire formé sur place ou arrêté dans l'ampoule de Vater et entraînant par compression du Wirsung la suppression fonctionnelle du pancréas.* (Voir Fig. b, pl. IV).

Les mêmes signes cliniques que dans le cas précédent s'observent ici ; mais l'opérateur trouve en place le corps du délit, soit qu'il s'agisse d'une clacul formé sur place, lithiase

[1] R. Gauthier. — Calculs des voies biliaires et pancréatites. — Actualités médicales, 1908.

cholédocienne dont M. Chauffard a rapporté deux cas [1] soit qu'il s'agisse d'un calcul venu de plus haut, lithiase vésiculaire, cystique ou hépatique. Comme dans le cas précédent, le chirurgien constate, à part la présence d'un calcul, l'augmentation de volume et la dureté de la tête du pancréas : c'est de la pancréatite à tendance proliférative.

Cette forme est plus grave que la précédente, car nous avons affaire à une suppression fonctionnelle du pancréas qui amène l'amaigrissement rapide avec asthénie et qui peut entraîner rapidement la mort par hémorragie et gangrène.

(c) *Calculs biliaires et pancréatite hémorragique avec cytostéatonécrose-Syndrome pancréatique suraigu.* (voir fig. *c* pl. IV).

Dans d'autres circonstances, le malade est, depuis longtemps, un lithiasique avec calculs qu'il a évacués de temps en temps. Rien ne présage qu'une complication va survenir lorsque, brusquement, il ressent une violente douleur localisée au creux épigastrique dans l'abdomen, plus intense que la douleur des crises de colique hépatique précédentes, si vive même qu'elle peut provoquer la syncope. Le ventre est ballonné, météorisé, il y a des vomissements alimentaires et bilieux ; le malade a le facies grippé, le pouls petit et rapide ; la température est plutôt normale ou abaissée. Et le malade meurt en collapsus dans l'espace de 24 ou 36 heures avec tout le tableau d'une occlusion intestinale suraiguë ou d'une péritonite par perforation à moins que le chirurgien n'intervienne promptement.

(d) *Calculs biliaires et pancréatites gangréneuses ou suppuratives :*

Enfin, dans des cas plus rares, au cours d'une lithiase biliaire à manifestations plus ou moins éloignées, apparaît les signes de la pancréatite aigue : douleur abdhominale diffuse à la région epigastrique, nausées, vomissements, hoquet, frisson, fièvre, parfois diarrhées argileuse, muqueuse ou sanglante avec tympanisme.

La marche de la crise est progressive et la terminaison a lieu généralement dans le délire et le coma. On rapporte un cas avec guérison où la pancréas gangréné a été éliminé par les selles.

1. Semaine médicale 10 janvier 1906 et M. Gauthier un cas, rapporté par le professeur Dieulafoy, (Presse Médicale, Oct. 1907)

Tel est, MM. le tableau clinique de cette maladie dont le diagnostic est difficile, parce que, trop souvent, en clinique, dit Lancereaux, on oublie l'existence de cet organe et qu'on prend l'habitude d'attribuer aux viscères de son voisinage les symptômes qui lui appartiennent. (Gaultier).

« Lorsque notre ignorance sera moins grande du syndrome pancréatique, dit Quénu, peut-être sa participation à la cholélithise sera-elle reconnue plus fréquente ».

1 *Etiologie-Pathogénie :* — Quatre voies d'apport peuvent contribuer à l'inflammation du pancréas: la voie sanguine, la voie lympathique, la voie canaliculaire, et la voie directe par contiguité d'un organe primitivement infecté.

Je laisse de côté les voies lymphatiques et sanguines, qui sont propres à tous les organes dans les cas d'infection généralisée, et je m'arrêterai aux voies canaliculaires qui sont les plus fréquentes et les plus importantes.

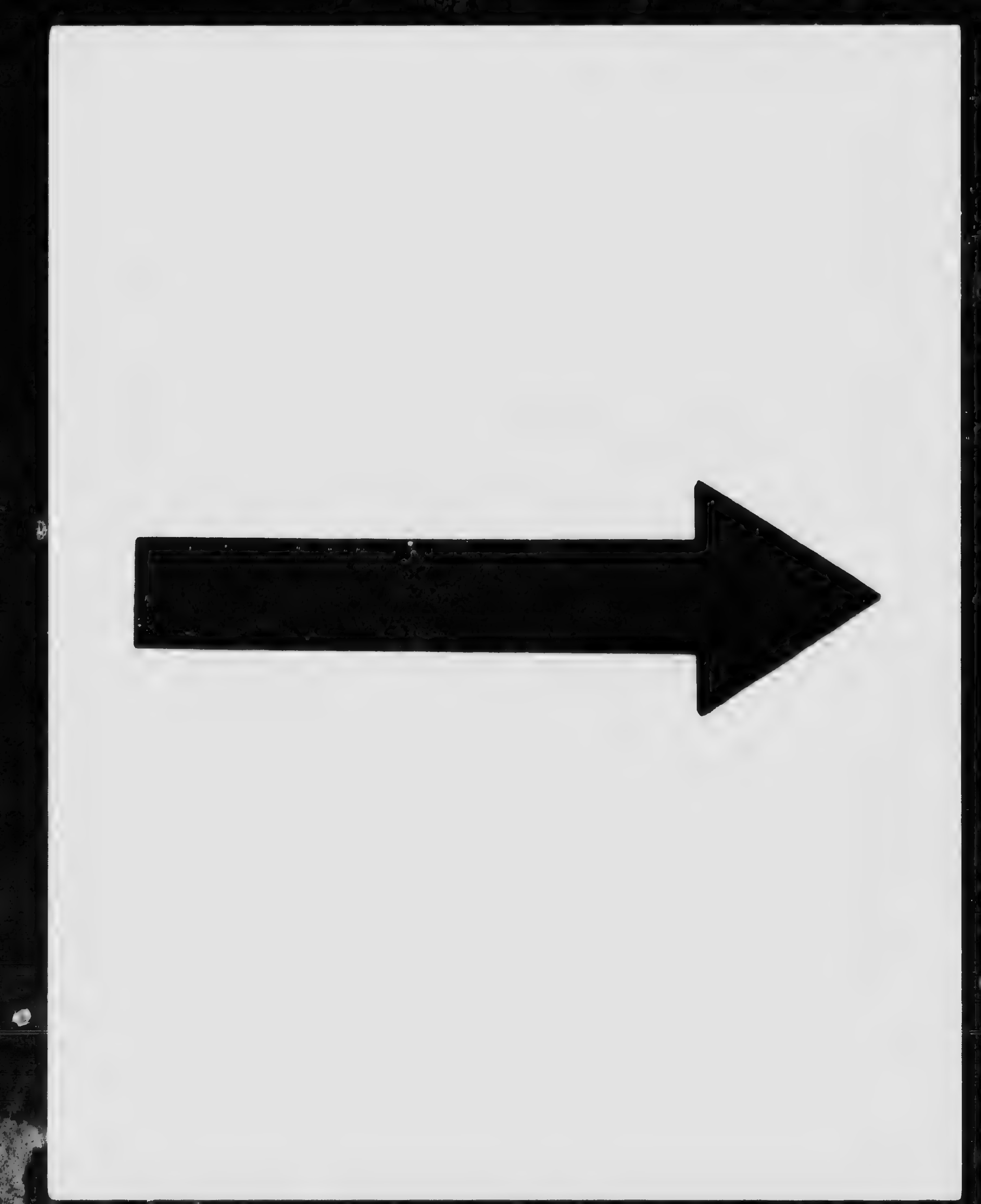
(*a*) *Voies canaliculaires :* — Tout d'abord, dit Desjardins [1] on est frappé, en lisant les observations de pancréatite, de voir combien plus fréquente est la lésion de la tête de l'organe. Et il y aurait à cela une raison anatomique.

On en a cherché l'explication dans le fait que le canal excréteur de la glande s'ouvre dans la cavité intestinale, milieu septique normalement, qui le devient davantage suivant les circonstances. Mais d'autres canaux excréteurs s'ouvrent aussi dans un milieu septique et cependant les glandes sont rarement infectées. Il y a ici une disposition spéciale qui favorise l'infection.

Rappelons-nous que le canal de Santorinus s'ouvre indépendamment dans le duodénum, et que, dans ce canal, la circulation est rétrograde, c'est-à-dire qu'elle se fait de l'intestin vers la la glande, contrairement à ce qui se passe dans le canal de Wirsung, où la circulation se fait de la glande vers l'intestin. Or, pour peu que des germes septiques se trouvent dans le duodénum et s'engagent dans le Santorinus, ils progresseront vers l'intérieur jusqu'au point d'abouchement avec le canal de Wirsung, puis, à ce niveau, ils seront emportés dans l'intestin

---

1 Thèse de Paris, 1905.



par la circulation du canal de Wirsung et gagneront ainsi l'ampoule de Vater.

Donc la circulation normale du pancréas favorise et décuple les chances d'infection de la glande. On peut dire qu'il existe un véritable lieu d'élection pour l'infection d'origine canaliculaire. C'est un triangle à base duodénale, à bord supérieur formé par le canal du Wirsung. (pl. V).

Cependant, l'infection d'origine purement intestinale est assez rare ; presque toujours on trouve comme facteur étiologique l'infection des voies biliaires.

Les auteurs les mieux informés prétendent, avec faits à l'appui, que la lithiase du cholédoque est plus fréquemment la cause de cette complication que la lithiase vésiculaire ou hépatique.

D'après MM. Quénu et Duval, [1] l'association des diverses formes des pancréatites se ferait comme suit :

1° Pancréatites parenchymateuses ou interstitielles, avec lithiase du cholédoque, puis de la vésicule biliaire ;

2° Pancréatites suppuratives, avec lithiase vésiculaire ;

3° Pancréatites hémorrhagiques et cystostéatonrécrose, avec calculs formés ou arrêtés dans l'ampoule de Vater.

Enfin les pancréatites accompagnent généralement les vieilles lithiases biliaires.

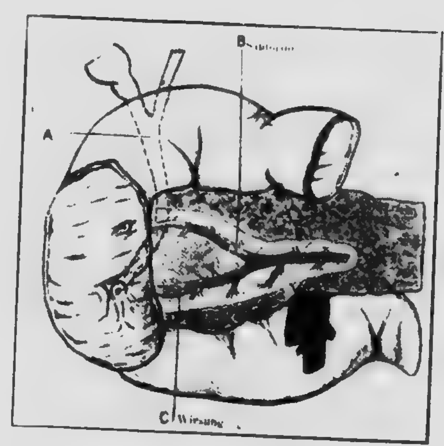
Malgré toutes ces hypothèses, le mode intime et certain du processus infectieux n'est pas parfaitement défini.

Tantôt l'infection se fait par *contiguité* ; il s'agit alors d'une lithiase cholédocienne avec ulcérations plus ou moins profondes de la muqueuse du cholédoque. En effet, ce canal, traversant la tête du pancréas, comprime et congestionne les points qu'il touche. Peu à peu, il se fait une stagnation du liquide pancréatique par oblitération plus ou moins complète du canal de Wirsung qui le transforme bientôt en un véritable vase-clos avec exaltation de virulence des microbes qui propagent à leur tour l'infection dans la glande.

Tantôt l'infection se fait par voie canaliculaire : c'est la voie ascendante d'origine duodénale, où l'absence de bile constitue un milieu très favorable à la pousse microbienne ou bien

1. Revue de chirurgie, oct. 1905.

Pl. V



A Canal cholédoque. B Canal de Santorinus. C Canal de Wirsung formant le triangle d'infections.

c'es
l'ob
créa
calc

pan
Dan
la g
infe
ce p
env
gag
con
les
mal

moi
l'in
vah
ains
acce

test
touc
tête
elle

lésio
latio
tion
elle-
drai

et le
exp

chag
à le
à *la*

c'est la bile elle-même infectée par suite des changements dûs à l'obstruction du canal qui passe facilement dans les canaux pancréatiques dilatés, suivant les circonstances de migration du calcul.

Là où l'accord n'est pas fait, c'est dans les cas d'infection pancréatique à la suite d'une cholélithiase purement vésiculaire. Dans ce cas, comme dans la plupart des autres, voici quelle serait la génèse de l'infection: le duodénum est le point de départ, il infecte secondairement le cholédoque et le Wirsung. Mais, dans ce premier stade, le cholédoque seul manifeste cliniquement son envahissement; puis, l'infection suit une marche ascendante et gagne les voies biliaires accessoires: cystique et vésicule; et continuant son ascencion arrive jusqu'à l'hépatique pour gagner les voies biliaires intra-hépatiques; c'est le stade ultime de la maladie.

Mais ces voies biliaires infectées dans une partie plus ou moins considérable de leur étendue, maintiennent et augmentent l'infection du pancréas, qui d'ailleurs, a été primitivement envahi d'une façon en quelque sorte latente; ce pancréas ayant ainsi une nouvelle source d'infection surajoutée à la première, accentue à son tour les lésions de l'appareil biliaire.

L'infection suit un trajet d'aller et retour; partie de l'intestin, elle est remontée au niveau des voies biliaires qu'elle a touchées, et revient près de son point de départ, au niveau de la tête du pancréas qu'elle inocule secondairement dans le cas où elle n'a pas été primitive.

On conçoit donc facilement, d'une part la fréquence des lésions communes aux deux organes, et d'autre part la réinoculation mutuelle incessante de tous les deux qui amène l'apparition presque inévitable de la maladie, si elle est abandonnée à elle-même, et qui justifie, comme nous le verrons plus loin, le drainage des voies biliaires pour amener la guérison du pancréas.

Quant aux relations qui existent entre le mode d'infection et les différentes variétés de pancréatites, elles trouvent leur explication dans les détails qui précèdent.

J'ajoute, cependant, que dans les pancréatites avec hémorrhagie et cytostéatonécrose, cette complication si grave, on tend à les expliquer par une auto-digestion du suc-pancréatique due à *la stéapsine* et à *la trypsine* qui provoquent l'hémorrhagie et

les îlots de nécrose graisseuse. « Sous l'influence d'une lithiase biliaire, dit Gaultier[1] une lésion pancréatique secondaire se produit, qui permet au sus-pancréatique de diffuser hors de ces voies naturelles, en sorte que, par sa rypsine ce suc-attaque la paroi des vaisseaux et provoque les effusions sanguines, les hémorrhagies parfois collectées en hématômes qui donnent un caractère si particulier à cette variété de pancréatite, en même temps que, par sa stéapsine, il décompose la graisse du tissu adipeux et produit la cytostéatonécrose disséminée dans toute la cavité abdominale ».

Comme l'a dit si justement le professeur Dieulafoy[2] « les ferments du suc pancréatique sont mis au service, non pas d'une bonne cause, qui est la digestion intestinale, mais au service d'une mauvaise cause qui est la digestion anormale et atypique des tissus graisseux et vasculaires du pancréas, du péritoine et de ses annexes. De l'action nocive et combinée des ferments pancréatiques résultent des nécroses des cellules adipeuses et des nécroses vasculaires, d'où la cytostéatonécrose et les hémorrhagies ».

2° *Anatomie-pathologique* :—Au point de vue anatomo-pathologique, nous rencontrons les altérations les plus variées, depuis la congestion intense avec dégénérescence épithéliale des canaux distendus. Si la cause disparaît, les choses se rétablissent peu à peu. Si elle persiste, la lésion s'organise en tissus scléreux constituant alors la pancréatite chronique (voir plus haut fig. *a* pl. IV).

La tête du pancréas est indurée « grosse comme le poing, dure comme le fer ».

Ailleurs dans la forme suppurative, ce sont de petits abcès miliaires qui suivent le trajet des vaisseaux ou qui se localisent à la tête du pancréas pour de là se frayer un chemin entre le foie et l'estomac ou entre l'estomac et le côlon transverse avec péritonite grave. Enfin dans la pancréatite hémorrhagique, il y a épanchement de sang intra ou extra-pancréatique produisant une tuméfaction de la glande transformée en une sorte de caillot sanguin, infiltration du tissu cellulaire sous-péritontal, etc. Cette

1. Actualités Médicales 1908.
2. Presse Médicale, 15 oct. 1907.

Pl. VI

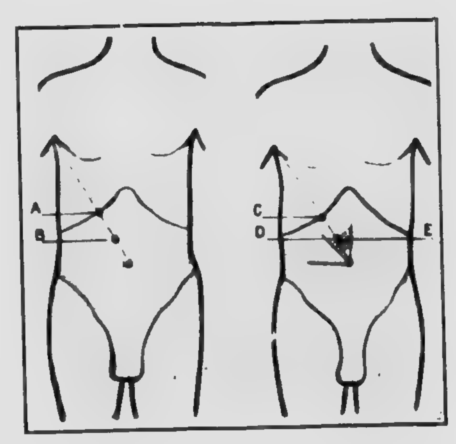


Fig. 1 Fig. 2

A Point vésiculaire. B Point pancréatique. D–E Zône pancréatico-cholédocienne.

variété se complique d'une véritable nécrose du tissu adipeux. (Voir fig. *c* pl. IV).

3° *Symptomatologie :* — Le syndrome clinique de la pancréatite aiguë n'offre aucun signe absolument pathognomonique. Le diagnostic en est difficile. Il faut, avant tout, y penser afin d'en rechercher les indices probables dans la localisation de la douleur avec ses irradiations spéciales, dans le caractère de l'ictère et des vomissements et dans la présence d'une tumeur pancréatique possible.

1° *Douleur :* — Elle siège sur la ligne axillo-ombilicale droite en un point désigné sous le nom de point pancréatique. (Fig. 1, pl. VI). Il est, comme vous le voyez, en un point situé sensiblement plus haut et plus en dedans que le point appendiculaire, plus bas et plus en dedans que le point vésiculaire.

Mais il est difficile de localiser ainsi en un point fixe.

Chauffard a délimité une zône appelée zône pancréatico-cholédocienne (fig. 2, pl. VI), correspondant à la tête du pancréas traversée ou longée par le cholédoques. (Planche VI).

« Prenant l'ombilic comme point de repère et de ce point menant une verticale et une horizontale formant un angle droit dont le sommet correspond à l'ombilic, on trace la bissectrice de cet angle ; la zône pancréatico-cholédocienne est comprise entre la ligne verticale et la ligne bissectrice de l'angle, zône dépassant 5 centimètres (3 pouces) en hauteur sur la bissectrice sans atteindre en bas tout à fait jusqu'à l'ombilic.

Cette douleur irradie, non point dans l'épaule droite, comme dans la colique hépatique, mais bien plutôt dans le dos, entre les deux épaules, ou même encore jusque dans l'épaule gauche.

2° *Vomissements :* — Ils seraient plus fréquents qu'au cours de la colique hépatique simple.

3° *Ictère :* — L'ictère est moins [illegible], plus intermittent mais il est plus accentué. Le malade présente bien souvent une coloration olive très foncée, presque noirâtre assez analogue à celle qu'on observe dans la maladie bronzée. Ceci est dû à ce que l'ictère bien souvent s'installe par crises successives, la teinte ictérique s'accentuant à chaque nouvelle poussée inflammatoire. Ce n'est point, ici, un ictère purement mécanique par oblitération du cholédoque, c'est en outre un ictère infectieux lié à l'angiocholite qui accompagne souvent la pancréatite. (Desjardins).

4° *Tumeur :* — C'est le seul signe clinique qui offre un caractère véritablement pathognomonique.

5° *Amaigrissement extrême :* — L'amaigrissement considérable est considéré, par Chauffard, comme un des meilleurs signes de pancréatite compliquant la lithiase biliaire, surtout s'il s'accompagne de la présence de graisses abondantes dans les féces.

Mais il se rencontre aussi dans le cancer de la tête du pancréas, et le professeur Dieulafoy en a publié deux cas où il y avait oblitération permanente du cholédoque.

La diagnostic clinique est donc très difficile. Ce serait l'analyse chimique et l'examen microscopique des féces qui donneraient les résultats les plus précis.

6° *Déficit pancréatico-biliaire d'après la méthode de Gaultier :*

L'analyse des urines ne révèle rien de particulier.

On a imaginé plusieurs méthodes qui ne sont rien moins que probables. Je passe.

Autrement plus importante serait la méthode de Gaultier. C'est l'analyse chimique des féces au point de vue surtout de l'utilisation des graisses.

L'absence de suc pancréatique dans l'intestin se manifeste de la façon suivante :

1° Durée de la traversée digestive raccourcie ;

2° Augmentation de la quantité d'eau des féces et diminution du poids des substances sèches ;

3° Réaction neutre ou alcaline par putréfaction des albuminoides non digérés ;

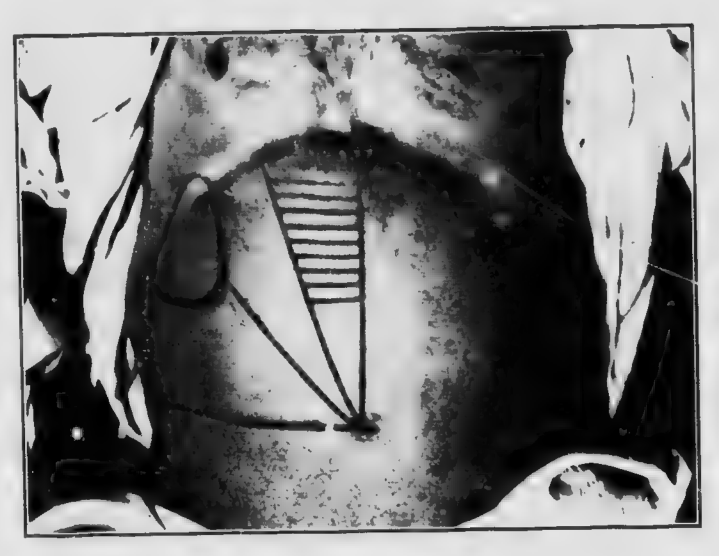
4° Après un repas d'épreuve, la quantité de graisses des fécès est considérablement augmentée, plus des 2/3 des graisses alimentaires ne sont point utilisées, et, parmi des graisses excrétées on retrouve plus des ¾ des graisses neutres non dédoublées.

5° Les hydrates de carbone sont bien utilisés.

6° L'azote total est augmenté dans les proportions de 26 à 33 p. 100.

Telle est MM. la formule pancréatico-biliaire de Gaultier. Elle est compliquée et ne peut être faite que par un expert,

Pl. VII



Cancer primitif de la tête du pancréas avec cancer secondaire du foie.

Sur cette planche la poire est la vésicule biliaire dilatée par accumulation de la bile. La partie quadrillée (zone pancréatique) était la région douloureuse où il y avait une tumeur perceptible à la palpation.

mais elle a donné des résultats tels que je ne pouvais la passer sous silence.[1]

4° *Diagnostic* : — On peut confondre les pancréatites avec d'autres affections du même organe.

Dans le cancer de la tête du pancréas, on constate, avec l'amaigrissement extrême, une anémie manifeste, une distention de la vésicule avec un ictère qui au lieu de se montrer brusquement, précédé de violentes coliques, présente plutôt un début insidieux et beaucoup moins douloureux.

C'est la principale affection avec laquelle on pourrait confondre la pancréatite.

Mais le diagnostic en est assez facile. Permettez moi de vous en donner une démonstration pratiques en vous rapportant l'observation suivante :

Observation. — (Personnelle, service Hôp. N.-D.) M. C. malade depuis 6 mois, 62 ans. N'a jamais fait de maladie grave avant la maladie actuelle. Il y a 6 mois, en travaillant, il devint subitement jaune. Transporté chez lui il est resté jaune depuis. Admis à l'hôpital il y a quelques semaines, nous relevons les symptômes suivants. (Voir planche VII).

Foie augmenté de volume, bosselé, indolore.

Vésicule biliaire dilatée, visible sur la vignette que voici.

Douleur et tumeur à la région pancréatique.

Ascite énorme : Nous avons enlevé plus de 12,000 grammes de liquide par ponctions succcessives.

Décoloration des selles : (Stéarrhée), urobilinurie.

Ictère bronzé : Amaigrissement.

Voici donc une observation typique à rapprocher des autres.

Ictère subit sans aucune douleur — aucune histoire de crise hépatique antérieure — suivi d'une dilation permanente de la vésicule, hypertrophie de foie.

Douleur et tumeur à la région pancréatique, etc.

C'est un cas net de cancer de la tête du pancréas qui s'est développé insidieusement. Peu à peu le pancréas a écrasé le cholédoque amenant, à un moment donné, une constriction

---

1. Pour détails de la méthode, consulter le Précis de coprologie clinique de René Gaultier, Paris 1907.

parfaite, empêchant par écrasement le passage de la bile d'après le mécanisme démontré à la planche III, fig. A. (Voir plus haut)

Quant aux pancréatites suppuratives, gangréneuses, hémorrhagiques avec cytostéatonécrose, on peut les confondre avec l'occlusion intestinale aiguë, une perforation de l'estomac et de l'intestin, une appendicite perforante, etc. Dans ces cas l'indication est la même que dans le drame pancréatique; il faut opérer et et la diagnostic se fait sur place.

Il faut donc, en présence d'une lithiase biliaire, rechercher avec soin si le pancréas est indemne ou s'il participe à titre de complication quelconque à l'infection des voies biliaires. (Gaultier).

Desjardins prétend que la pencréatite existe dans 45 p. 100 des cas de cholécystite calculeuse.

5° *Pronostic.* — Je donne ici quelques chiffres au point de vue de la mortalité:

Pancréatites chroniques: — 13 %.

" suppurée et nécrotiques: — 45 %.

Le pronostic est plutôt sombre, excepté dans les formes chroniques. Tout dépend, bien souvent, de la célérité du médecin ou du chirurgien.

6° *Traitement.*— Seul, le traitement chirurgical, peut donner un résultat effectif. Le rôle du médecin s'arrête au diagnostic et à l'indication opératoire. Ainsi, un malade a fait des cholécystites avec coliques, ictère, etc. Le traitement médical l'a peu ou pas amélioré. L'ictère persiste. L'amaigrissement s'accentue, la stéarrhée est évidente; en pareil cas, le médecin doit conseiller l'intervention chirurgicale. Attendre plus longtemps serait exposer le malade au drame pancréatique décrit plus haut. Quant au procédé opératoire, qu'il me suffise de vous dire qu'on enlève complètement la vésicule biliaire avec le canal cystique sectionné à son point d'abouchement avec le cholédoque, puis qu'on fait le drainage du canal hépatique au moyen d'une sonde en caoutchouc. Peu à peu, dit Dieulafoy, la bile reprend ses voies naturelles, elle traverse le canal cholédoque qui est devenu perméable et elle se déverse dans l'intestin. Les signes de rétention disparaissent (ictère, stéarrhée) l'état général s'améliore, et enfin la lésion scléreuse du pancréas rétrocède, la tumeur

Pl. VIII

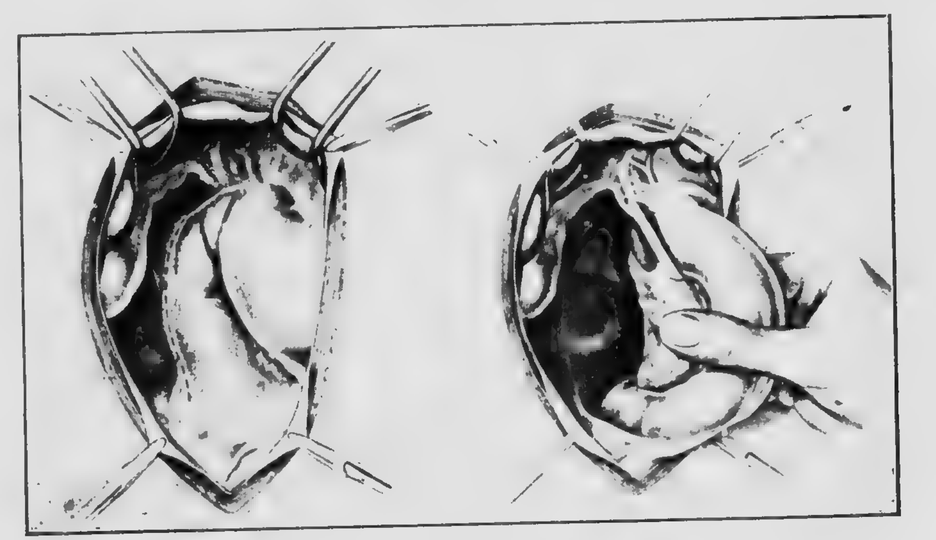


Fig. 1 Fig. 2

Fig. 1. — Ouverture de l'abdomen et du péritoine viscéral.

Fig. 2 — Renversement du duodénum, mise à nu de la tête du pancréas traversée à l'état normal par le canal cholédoque.

Pl. IX

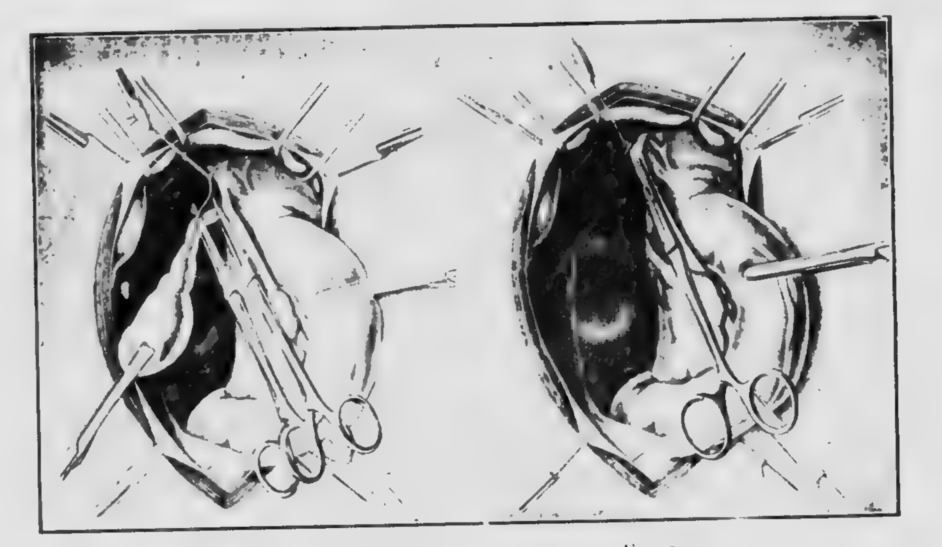


Fig. 1 Fig. 2

Fig. 1 — Décollement de la vésicule biliaire, reséquée au niveau du canal cystique.

Fig. 2 — Canal hépatique répéré dans lequel est introduite la pointe d'une pince hémostatique.

Pl. X

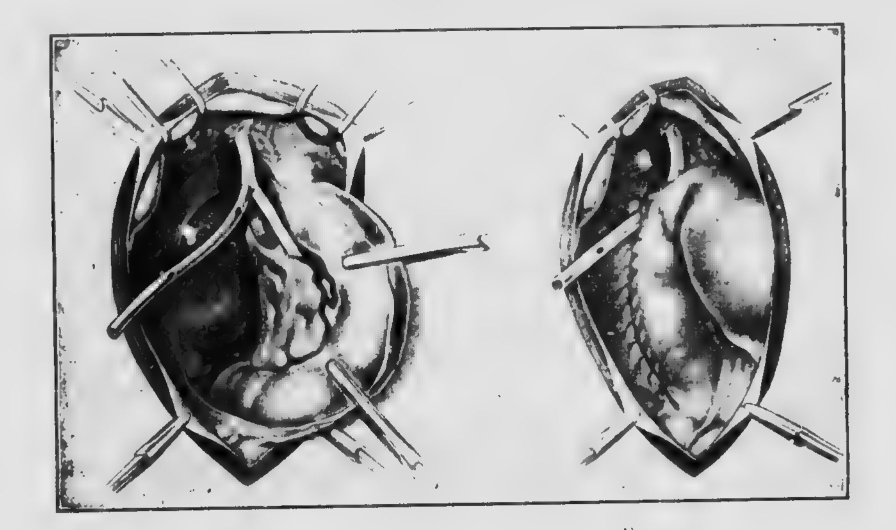


Fig. 1 Fig. 2

Fig. 1. — Mise en place, dans le canal hépatique ouvert, de la sonde à demeure dans le but de drainer.

Fig. 2. — Suture du péritoine viscéral sur la sonde en place. — Fermeture de la paroi abdominale.

disparaît. La pancréatite guérit, grâce au drainage momentané qui a dérivé à l'extérieur une bile nocive, capable d'une façon ou d'une autre, d'entretenir et d'activer la cirrhose du pancréas. (Pl. VIII, IX, X—)

VI. — Résumé des observations

A. — *Pancréatite scléreuse et même indurée de la tête du gancréas-Opération-Guérison*

I Obs. (Dieulafoy).

Homme, souffrant d'ictère depuis 45 jours. Urobiline, stéarrhée, prurit, foie augmenté de volume, non douloureux, ni tuméfié, aucune douleur à la région vésiculaire, et à la région pancréatique, a passé un calcul il y a vingt jours. Au bout de 67 jours l'ictère persiste toujours.

Opération, incision de Kehr (en baïonnette). La vésicule est petite, vide, le cholédoque aussi. La tête du pancréas est indurée, drainage de l'hépatique, guérison complète 40 jours après l'opération.

II. (Riedel). Femme souffrant d'ictère depuis six mois à la suite d'une colique hépatique, foie gros, tumeur « dure comme du fer, et grosse comme le poing ».

Opération, calculs dans la vésicule et le cholédoque, hypertrophie sclérosante de la tête du pancréas. Drainage, guérison complète au bout de 20 jours, disparition complète de la tumeur au bout de 12 mois.

III. Obs. (Robson) (a) Femme de 50 ans ayant eu des coliques hépatiques avec ictère, depuis 2 ou 3 mois l'ictère persiste, les crises sont plus intenses, vomissements, amaigrissement, etc. Opération, 15 calculs dans les canaux cystique et cholédoque hypertrophie sclérosante de la tête du pancréas.

Guérison complète au bout de 10 mois.

(b) Femme souffrant de coliques hépatiques depuis 5 ans suivies d'ictère. A l'examen on sent une tumeur dure et irrégulière située entre l'ombilic et le bord costal — opération — tumeur bosselée d'apparence cancéreuse-pronostic sombre-drainage-amélioration, rapide guérison complète au bout de 4 mois. Pancréatite scléreuse hypertrophiante.

IV. Obs. (Quénu) Je une femme a des attaques de coliques hépatiques avec ictère depuis 5 ans. A maigri — cet ictère est presque permanant depuis trois mois — palpitation abdominale négative opération-cholécystostomie, 2 gros calculs dans le vésicule convalescence rapide guérison au bout de 72 jours.

Pancréatite scléreuse hypertrophique.

V. Obs. (Kehr) (a) Femme, crises violentes depuis 15 ans avec vomissements, ictère, etc., depuis 2 ans, crises fréquentes,— amaigrissement,— opération, — cholecystectomie, — drainage,— guérison au bout de quelques semaines.

Pancréatite chronique scléreuse.

(b) Femme souffrant de coliques hépatiques depuis plusieurs années. La dernière crise a été suivie d'ictère qui dure depuis 2 mois — diagnostic d'oblitération calculeuse du cholédoque-opération calcul du cholédoque-cholecystectomie-drainage du canal hépatique guérison au bout de six semaines.

Pancréatite scléreuse hypertrophique.

(c) Femme sujette aux coliques hépatiques avec ictère et stéarrhée. A l'examen tumeur indurée dans les environs de l'ombilic. Opération-nombreux calculs dans le vésicule et le canal cy‹stique›-cholécystectonie-drainage. Guérison au bout de trois mois.

Pancréatite scléreuse hypertrophiante s'opposant à l'écoulement de la bile.

(B) *Pancréatites hémorrhagiques avec cytostéatonécrose.*

1er Obs. (Thayer) Homme souffrant de colique hépatique depuis 16 mois, est pris soudain d'une crise simulant la péritonite aigue, douleurs violentes à l'épigastre et à l'hypocondre gauche, collapsus, mort au bout de 24 heures.

Autopsie : pas de péritonite : îlots blanchâtres de nécrose graisseuse semblables à des taches de bougie-Pancréas volumineux vésicule contenant 100 calculs. Pancréatite avec cytostéatonécrose.

2e Obs. (Fraenkel) Femme de 48 ans ayant eu plusieurs attaques de coliques hépatiques suivies d'ictère. Crise soudaine avec apparence de péritonite aigue — mort au bout de cinq jours.

Autopsie : pas de péritonite : îlots blanchâtres-pancréas hypertrophie-calculs dans la vésicule. Pancréatite avec cytostéatonécrose.

La mortalité dans ces cas a été de 25 sur 26 cas observés.

3e Obs. (Dobrauer) Homme ayant une légère teinte ictérique est pris brusquement dans la nuit de douleurs péri-ombilicales violentes, avec vomissements bilieux et signes d'occlusion intestinale. Température normale.

Opération — on constate des hémorrhagies du pancréas avec îlots blanchâtres de nécrose du tissu graisseux.

Autopsie — mêmes constations avec calculs daus la vésicule biliaire.

4e Obs. (Dobrauer) Homme pris de douleurs abdominales violentes avec nausées pénibles et répétées. L'épigastre est tendu et douloureux. Le pouls accéléré. On diagnostique pancréatite aiguë hémorrhagique. Opéré, le malade meurt.

Autopsie : foyers d'îlots blanchâtres dans l'épiploon, pancréas augmenté de volume et entouré d'hémorrhagies. Une centaine de calculs dans le vésiculaire biliaire.

Et je puis en citer un grand nombre absolument identiques.

Sur 36 observations d'un mémoire (Lenonnand et Lecène) on ne compte que six guérisons.

5e Obs. (Marien) Femme de 28 ans présente les symptômes d'une fièvre typhoide n'a jamais souffert du côté des voies biliaires. Au bout de 8 jours l'état s'aggrave on pense à une perforation ou à une appendicite. Opération cholecystostomie— mort 4 heures après. Nous croyons qu'il s'agit ici d'une pancréatite avec cytostéatonécrose compliquant la cholécystite calculeuse. Pas d'autopsie.

Obs. 1 (Trudeau et LeSage). — Pancréatite scléreuse hypertrophiante, gangrène, etc.

Hommes de 36 ans, alcooliques. Troubles digestifs depuis 3 ou 4 ans.

Dernière crise violente avec symptôme qui font croire à une appendicite le 1er jour. Le lendemain, ictère-vésicule vilatée, masse à la région pancréatique.

Diagnostic — Cholécystite calculeuse.

Opération au bout de 3 semaines. — Énorme quantité de bile dans le vésicule pas de calculs nulle part. Chasse pancréatique — on croit à du cancer. Fistule persistante. L'ictère disparaît, l'appétit revient, la digestion s'améliore, les selles continuent de rester décolorées.

2e opération 3 mois après (consultation) sur diagnostic de pancréatite, afin de libérer le canal et de permettre de former la fistule — mort 15 jours après avec signe de péritonite.

Obs.. 2. (*Trudéau-LeSage, Montréal*) (*Pancréatite scléreuse hypertrophiante*). — Femme de 49 ans. 1re crise il y a trois mois, avec ictère, qui persiste depuis ce temps-là.

Troubles digestifs depuis 3 ans. Amaigrissement considérable — 35 lbs. depuis 3 mois. Selles décolorées.

A l'examen, on ne trouve rien à la région de la vésicule — douleur à la région pancréatique.

Après consultation on diagnostique une pancréatite à forme *scléreuse hypertrophiante.*

Opération : Calculs dans la vésicule biliaire et le cholédoque — cholecystostomie. — L'ictère disparaît au bout de 10 jours. Guérison au bout de 2 mois. (Trudeau).

Obs. (3) Femme 47 ans.— *Pancréatite gangréneuse* (cytostéatonécrose).

Troubles dysbeptiques depuis un an à forme hyposthénique. Amaigrissement considérable. Crise avec ictère, urines foncées. Selles décolorées. Vue 3 mois après. Refuse opération. Transportée d'urgence à l'hôpital pour vomissements incoercibles. Mort au bout de 24 heures.

Autopsie : Calculs

(C) *Cholecystite calculeuse. — Troubles dyspeptiques.*

I *Obs.* 1e (Marie) M , femme de 33 ans ayant souffert de *troubles dyspeptiques.* Aucun passé hépatique. A la suite d'un copieux re[illegible], elle est prise de vomissements, diarrhée, qui se continuent jusqu'au soir. Temp. 104, p. 108. Douleur à l'hypocondre droit. Opération, vésicule épaissie, retractée, remplie de calculs. Guérison.

Obs. 2 Femme de 59 ans. Souffre de *troubles dyspeptiques* depuis plusieurs années. N'a jamais eu d'ictère ni coliques hé-

patiques. Prise subitement d'indigestion avec frissons, fièvre, douleur au flanc droit, où on sent, une tumeur volumineuse. Opération, vésicule distendue contenant du pus et 89 calculs. Guérison.

II *Obs.* 1. (St-Jacques) femme 55 ans, souffre de troubles *dyspeptiques* depuis 23 ans. Douleurs fréquentes au creux épigastriques vomissements suivant les crises, douleurs au dos et à l'épaule droite, tenite subictérique. Foie normal vésicule biliaire dilatée. Calculs, opération, guérison.

Obs. 2. Femme de 45 ans vient me consulter pour troubles dyspeptiques. Crises épigastriques avec vomissements il y a 4 ans. Jamais d'ictère. Amaigrissement, foie normal, vésicule distendue, *diagnostic:* lithiase biliaire, néoplasie? opération : 6 calculs dans la vésicule convalescence rapide, dyspepsie guérie, la malade est en bonne santé depuis.

Obs. (3) Femme 34 ans, souffre depuis 8 mois de douleurs au côté et *à l'estomac* — subictère. Région hépatique douloureuse à la pression, pas de tumeur à la palpation. Opération — 5 calculs peu volumineux. Bientôt tout les troubles disparaissent — guérison.

Obs. (4) Femme 38 ans, *dyspeptique* depuis 6 ans — où eut lieu une crise avec ictère qui dura 3 semaines — 2ième crise il y a 2 ans — dure 4 mois. 3ième crise qui dure 7 mois. Depuis 1905 vomissements continuels.

Opération : on enlève 26 calculs vésiculaires et 17 dans le cholédoque — convalescence rapide — Guérison.

Obs. (5) (Calcul *vésiculaire*, *Pancréatite*, *cytostéatonécrose.*) Femmes, 40 ans, au lit depuis 2 jours pour crise ayant débuté avec douleur vive dans le ventre et vomissements. Défense musculaire à droite. *Opération* : Calcul gros comme une œuf de pigeon dans vésicule. — Mort au bout de 36 heures avec signes de péritonite.

Obs. (1) — Femme de 34 ans. Vient me consulter pour ses troubles dyspeptiques qui durent depuis 2 ans. Douleurs localisées au creux épigastrique survenant une heure après les repas. Traitement médical nul. *Opération* — 26 calculs tant dans la vésicule que dans le cholédoque. Guérison.

Obs (2) Femme de 52 ans — *dyspeptique*, constipée depuis plusieurs années. A des *crises gastriques* tous les 3 ou 4 mois avec douleurs à l'hypocondre droit. Vomissements, amaigrissement, etc.

A l'examen : Tumeur vésiculaire — douleur locale — foie douloureux. Traitement médical : passage de nombreux calculs dans les selles. Crise terminée. Amélioration générale. Estomac mieux.

Nous pourrions ainsi multiplier les observations démontrant à l'évidence l'influence du tube gastro-intestinal dans l'infection des voies biliaires et l'influence de ces dernières, plus tard, sur l'estomac au point de vue des troubles reflexes.

Nous ne croyons pas utile de poursuivre plus loin notre enquête sur cette question si intéressante et si pratique. Nous croyons avoir mis suffisamment en relief les points les plus saillants.

Nous avons l'honneur de vous soumettre les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS

1° L'infection des voies biliaires comprend donc, suivant la définition que j'en ai donnée au début, une série d'affections dissemblables caractérisées, cliniquement, par l'apparition de troubles plus ou moins intenses de la santé générale, accompagnés ou suivis d'ictère.

2° Cette infection est causée par l'envahissement sur place des micro-organismes de l'intestin, qui pénètrent dans l'intimité des tissus, soit par les voies sanguine et lymphatique, soit par les canaux excréteurs qui s'ouvrent et se déversent dans le duodénum. (Cystique, hépatique, cholédoque).

3° Les formes cliniques les plus fréquentes de l'infection des voies biliaires sont les ictères infectieux bénins, tels que l'ictère simple, l'ictère catarrhal et l'ictère à forme typhoïdique, la lithiase biliaire et les pancréatites, pouvant conduire à l'insuffisance hépatique, la cirrhose biliaire et l'ictère grave.

4° La lithiase biliaire est la plus fréquente et la plus importante à cause des complications qu'elle entraine à la longue dans les organes circonvoisins surtout dans le pancréas.

Plus fréquente chez la femme que chez l'homme, elle provoque de bonne heure des *troubles dyspeptiques* dont les caractères cliniques ont une physionomie nettement tranchée et qu'il ne faut pas confondre avec ceux d'une gastropathie simple.

5° La lithiase biliaire est aussi une des causes les plus fréquentes des pancréatites.

6° Les *pancréatites* sont fréquemment associées à la lithiase biliaire (40%) dont elles sont ordinairement une lésion secondaire grave.

7. Les pancréatites peuvent être aiguës et chroniques.

(a) Dans la *forme aiguë* elles aboutissent à la forme hémorrhagique, gangréneuse, q. q. fois à la forme chronique.

(b) Dans *la forme chronique*, elles aboutissent à la forme fibreuse (hypertrophique ou atrophique).

8° Les symptômes ne sont pas pathognomoniques, le diagnostic en est difficile, le pronostic est sombre — car la mort peut arriver, bien souvent — à moins d'une intervention prompte — par pancréatite hémorrhagique gangréneuse ou cytostéatonécrose.

9° Le traitement des pancréatites est exclusivement chirurgical : Il faut, après résection de la vésicule biliaire drainer le canal hépatique.

10° Le traitement des ictères infectieux est purement médical. Le traitement de la lithiase biliaire comprend :

(a) Un *traitement médical* de début qui doit être complété — en cas d'insuccès par ;

(b) Le *traitement chirurgical* qui donne d'excellents résultats dans la majorité des cas.

LES INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES AU POINT DE VUE CHIRURGICAL

Rapport par le Dr. ALBERT PAQUET.

—

Depuis 1878, l'année où Marion Sims faisait la première cholécystectomie, les ouvrages se sont multipliés sur la chirurgie des voies biliaires. Aussi bien les bulletins des sociétés savantes, qui agitèrent tant de fois la question, les revues, les thèses et les mémoires nous indiquent-ils, surtout en ces derniers temps, avec une clarté parfaite, la technique opératoire et l'opportunité des différentes interventions que cette partie de la science médicale comporte.

La chirurgie biliaire, de date encore récente, s'est développée avec une grande rapidité, et la raison d'un tel succès se trouve sans doute dans les précieux résultats qu'elle procure contre les diverses infections des conduits de la bile, et particulièrement contre la lithiase. Les travaux de tant d'auteurs de tous les pays, qui ont écrit sur ce sujet, en témoignent suffisamment. Rappelons, pour ne citer que des chirurgiens, les noms de Terrier, Quénu, Lejars en France, Mayo-Robson, Moynihan en Angleterre, des frères Mayo en Amérique, de Riedel, Körte et Kehr en Allemagne.

Nous n'avons pas la prétention dans ce travail de traiter de l'étiologie et de la pathogénie, non plus que de la symptomatologie de l'infection des voies biliaires et de la lithiase qui s'en rattache ; cette étude nous entrainerait trop loin. Notre but est simplement de mettre sous vos yeux quelques points d'anatomie pathologique essentiels en cette matière, et de préciser les indications et la technique opératoire à suivre dans le traitement chirurgical des diverses lésions dont nous allons parler.

ANGIOCOLYTES ET ANGIOCHOLÉCYSTITES

Les infections des voies biliaires, désignées sous le nom général d'angiocholites, peuvent revêtir des formes variables suivant leur localisation, suivant aussi l'ancienneté et l'intensité

du processus pathologique. Tantôt elles sont limitées anx voies principales de l'excrétion, *Angiocholites des gros troncs biliaires* (cholédoque, hépatique), tantôt elles n'atteignent que les voies biliaires intra-hépatiques, *angiocholites ramusculaires*, tantôt enfin leur action s'exerce sur les canalicules originels, *angiocholites radiculaires.* Lorsque l'infection n'intéresse que le cystique et la vésicule, elle prend le nom de cholécystite; que si elle s'étend à tout l'arbre biliaire, elle est alors totale.

Totale ou partielle l'infection se traduit par des lésions qui varient depuis la simple tuméfaction de la muqueuse jusqu'aux lésions suppuratives, ulcéreuses ou gangréneuses. Elle revêt deux formes essentielles, la forme catarrhale et la forme suppurée, et comme cette dernière relève particulièrement de la chirurgie, nous croyons opportun de nous y arrêter quelques instants.

Lorsqu'il y a angiocholite suppurée le foie présente généralement une augmentation de volume et de poids; sa consistance est plus molle, souvent on peut constater à sa surface de légères taches blanc-jaunâtres, qui sont autant de petits foyers purulents. En certains cas, l'aspect n'offre guère de changements, en d'autres on est frappé par l'épaississement du péritoine péri-hépatique et la présence d'adhérences qui unissent le foie aux organes et aux parties voisines; ce sont les signes de la péri-hépatite. Les lésions peuvent être généralisées à tout l'arbre biliaire ou localisées à une seule partie. Les canaux sont dilatés par endroits et renferment du pus mêlé de bile, de mucus et de cellules épithéliales déformées. Les parois apparaissent infiltrées, épaissies, atteintes çà et là de petits abcès intra-pariétaux, ulcérées en d'autres points, ou encore perforées de part en part avec réaction du péritoine. Quelquefois même la péritonite est généralisée.

Le pancréas dont le canal excréteur s'ouvre avec le cholédoque dans l'ampoule de Vater, peut être atteint tout comme le foie. On peut y trouver des abcès ou une simple infiltration, la *pancréatite hypertrophiante* et *sténosante*, ou une dégénérescence graisseuse, et des foyers hémorrhagiques.

La rate s'hypertrophie presque toujours.

La veine porte, voisine des canaux biliaires, s'infecte par le fait même de cette proximité: de là dans certains cas, une

pyéphlébite infectieuse avec toutes les conséquences qui en résultent.

Le bacille d'Eberth possède une affinité spéciale pour les voies biliaires accessoires, et dans la fièvre typhoide, c'est presque toujours de la cholécystite qu'on observe et qui domine la scène. Le bacille typhique semble conserver dans les voies biliaires les propriétés ulcératives qu'il développe dans l'intestin, et les ulcérations et perforations soit des gros troncs, soit de la vésicule avec foyers de péritonite sont des lésions d'occurrence assez fréquente.

L'infection des voies biliaires secondaires, vésicule et canal cystique est plus fréquemment observée et s'explique aisément par la stagnation de la bile dans ces cavités. Les microorganismes qui auront pu arriver jusque là se trouvent dans des conditions de culture relativement plus favorables que dans les autres canaux où agit constamment la vis a tergo.

La forme fibreuse ou scléreuse de la cholécoystite qu'on remarque surtout dans la lithiase se traduit par une transformation spéciale de la paroi vésiculaire, rétraction de la cavité, formation de poches et diverticules qui logent des calculs ou de la boue biliaire. Cette sclérose a été surtout étudiée par Courvoisier et Terrier qui ont attiré sur elle et sur sa coincidence fréquente avec la lithiase l'attention de leurs confrères. On peut la trouver avec des abcès dans la paroi épaissie, du pus dans la vésicule, et autres foyers purulents.

Mais il existe des variétés de cholécystites chroniques où la vésicule, au lieu d'être ratatinée, apparait au contraire largement dilatée, augmentée de volume, et à parois amincies. Très souvent ces lésions s'accompagnent d'obstruction du cystique. Le contenu est variable, tantôt clair, filant, tantôt formé de sang; rarement il s'y mêle de la bile. Ces hydropisies de la vésicule peuvent acquérir un volume considérable. A l'inverse de la cholécystite calculeuse, la cholécystite non calculeuse se présente accompagnée d'une dilatation de la vésicule.

Lorsque la cholécystite suppurée s'ouvre et se perfore, tantôt c'est en dehors par suite d'adhérences à la paroi abdominale, tantôt c'est dans le tube digestif, et tantôt dans le péritoine. Les perforations pleuro-pulmonaires sont plus rares.

TRAITEMENT

Jusqu'à ces dernières années le traitement des infections des voies biliaires était exclusivement médical et souvent n'aboutissait qu'à une catastrophe.

L'échec du traitement médical rigoureusement appliqué et strictement suivi doit être considéré comme l'indice sûr de la nécessité d'un traitement chirurgical. Dès lors en effet que l'expérience a démontré l'insuffisance des ressources de la médecine, il y a lieu pour la chirurgie d'intervenir.

La stagnation de la bile dans les conduits joue dans l'infection un rôle pathogénique important. Indépendamment de l'excellent bouillon de culture constitué par la bile stagnante, les voies biliaires subissent du fait de la rétention et de la distension progressive qui en résulte, des modifications anatomiques favorables au développement des agents infectieux. La stase de la bile produit en outre des troubles du côté de la cellule hépatique.

Pour éviter cette infection ou pour lutter victorieusement contre elle, il faudra assurer l'évacuation complète et constante de ces organes. Ce sera là le seul moyen de soustraire l'organe menacé aux dangers qui l'entourent, et d'empêcher la pénétration dans la circulation générale des agents infectieux et de leurs toxines.

Terrier, comme conclusion de son mémoire au congrès de chirurgie de 1895, a parfaitement formulé les indications et les résultats du traitement chirurgical dont nous parlons, quand il a dit : « Dans les cas où les voies biliaires directes ou indirectes renferment ou non des calculs, sont le siège d'inflammation déterminant des accidents fébriles intenses, continus, avec des exacerbations, il est absolument indiqué d'intervenir chirurgicalement et de pratiquer une laparotomie. Celle-ci doit avoir pour but final d'ouvrir la vésicule biliaire et de tenir cette ouverture béante, en un mot de pratiquer une cholécystostomie. Grâce à cette opération on se rend un compte exact de l'état des voies biliaires accessoires (canal cystique et vésicule) ; on peut explorer les voies principales ; on donne une issue facile à la bile septique que renferment les voies biliaires et qui intoxique l'économie. L'issue facile de cette bile toxique détermine d'une

façon en quelque sorte indirecte et mécanique la désinfection des voies biliaires, et cela beaucoup mieux que les prétendus traitements médicaux trop souvent nuisibles ».

Depuis 1895, époque où le Prof. Terrier émettait ces conclusions, en faveur de la cholécystosmie, ou le simple abouchement de la vésicule à la paroi abdominale, la question a fait un pas, et si le drainage des voies biliaires reste le principe et la base de ce traitement, la manière de le faire a quelque peu évolué. Nous verrons tout à l'heure en étudiant le traitement chirurgical de la lithiase, sur quelles indications s'appuie la cholécystectomie.

Quoi qu'il en soit, le drainage de la bile obtenu, on voit les accidents disparaître et progressivement les opérés reprendre leurs forces et leur santé. Le foie ne tarde pas à diminuer de volume, la fièvre tombe, l'ictère s'efface et avec eux s'évanouissent les troubles digestifs. Les complications graves se trouvent évitées.

LA LITTHIASE BILIAIRE

Au chapitre des infections des voies biliaires se rattache nécessairement la lithiase, considérée aujourd'hui comme la conséquence de l'infection et donnant lieu elle-même à la plupart des accidents infectieux aigus ou chroniques que le chirurgien rencontre.

De toutes les affections du foie, la lithiase est devenue pour la chirurgie la source la plus féconde d'utiles et importantes indications. Les interventions dans ce domaine appartiennent maintenant à la pratique courante, alors qu'il y a 20 ans à peine tout était nouveau.

Quelques auteurs ont soutenu que l'origine des calculs était exclusivement vésiculaire ; il est nécessaire d'admettre aujourd'hui l'origine autochtone de certains calculs des canaux extra-hépatiques, et à plus forte raison des conduits intra-hépatiques. Ces derniers présentent une structure très différente de celle des calculs de la vésicule. Tandis que ceux-ci sont formés de cholestérine, les calculs intra-hépatiques n'en accusent aucune trace et sont pigmentaires (bilirubinate de Ca). Toutefois la vésicule est le vrai laboratoire où se fabriquent les calculs biliaires.

Il importe de savoir que les calculs sont de couleur, de forme, de dimensions, de nombre, de consistance et de composition chimique variables. Les calculs du cholédoque possèdent la réputation classique d'être uniques, mais d'après Mayo-Robson et Quénu, il faut les considérer comme multiples dans la proportion de 80%. Cette multiplicité caractérise aussi les calculs rencontrés dans les canaux hépatiques. Les calculs du cholédoque sont généralement cholestériques, comme le fait présager leur origine le plus fréquemment vésiculaire. Mais souvent le noyau cholestérique pur s'entoure d'une coque de sels calcaires, ce qui explique le fait de gros calculs du cholédoque trouvés chez des sujets exempts de tout antécédent de coliques hépatiques. Ces calculs se localisent volontiers au niveau de l'ampoule de Vater, ce qui doit être attribué au retrécissement normal de l'orifice de cette dernière. Leur volume est variable et la sonde exploratrice peut facilement dans certains cas passer à côté d'eux sans les percevoir. Ils sont souvent mobiles malgré leurs aspérités. Les cas dans lesquels l'enclavement est irréductible sont heureusement fort rares.

L'idée du caractère infectieux de leur formation n'a plus guère d'adversaires, tandis que la théorie du ralentissement de la nutrition considérée comme principe unique de la lithiase, trouve de moins en moins de défenseurs. Il n'y a là en effet qu'une cause occasionnelle : la seule cause efficiente est l'infection.

Il importe au chirurgien de se rendre compte que la bile chez le lithiasique est une bile infectée. L'infection est souvent atténuée quand il n'y a pas d'accidents, mais la migration des calculs s'accompagne habituellement d'une poussée aigüe inflammatoire et d'une exaltation de la virulence des secrétions.

La présence dans la vésicule d'un ou de plusieurs calculs, par la repétition de ces poussées inflammatoires, détermine à la longue un processus scléreux qui envahit la vésicule, puis se diffuse même en dehors d'elle, produisant les lésions de la péricholécystite et de la périhépatite. Lorsque les ulcérations détruisent la paroi, on assiste alors à des perforations qui peuvent être limitées par des adhérences ou généralisées. Dans le cas où le canal cystique est oblitéré il se peut néanmoins que les secrétions s'accumulent dans la vésicule et distendent le réservoir.

Les calculs observés dans le canal cystique y sont habituellement fixés et immobiles, mais n'empêchent pas toujours la bile d'arriver dans la vésicule. S'ils se déplacent après avoir adhéré un certain temps, ils peuvent être la cause de retrécissements en rapport avec le processus de sclérose de la vésicule.

Dans le cholédoque et l'hépatique les calculs déterminent souvent d'énormes dilatations de ces conduits. Il peut même y avoir oblitération complète du canal, mais le fait est rare. Les ulcérations peuvent siéger en amont du calcul sur le conduit dilaté, et il est possible qu'une perforation avec lésions de péritonite locale ou générale en résulte. Le retrécissement du conduit est un autre accident dont la présence s'observe chez les vieux lithiasiques ; il peut être ou partiel ou diffus.

Au niveau du foie, personne ne l'ignore, la lithiase entraîne quelquefois une cirrhose hypertrophique. L'infection des conduits intra-hépatiques peut aller jusqu'à la suppuration.

Les *complications pancréatiques* sont aujourd'hui en France l'objet d'études très sérieuses de la part des docteurs Quénu et Duval, et plus récemment du Prof. Dieulafoy. En Amérique elles ont été aussi étudiées par les frères Mayo.

W. Mayo, au cours de 2,200 opérations sur les voies biliaires a relevé une pancréatite concomittante dans 141 cas. Sa statistique montre d'ailleurs que sur 100 cas d'affections pancréatiques, 81 sont dues à la lithiase biliaire, et la pancréatite coincide plus souvent avec une affection du cholédoque ou du canal hépatique qu'avec une lésion de la vésicule. La tête du pancréas, dans la grande majorité des cas, est seule enflammée.

Les dispositions anatomiques du canal cholédoque par rapport à la tête du pancréas nous donnent l'explication de l'obstruction de ce canal dans la pancréatite hypertrophiante et sténosante, comme l'a désignée Dieulafoy. Le drame pancréatique avec ses lésions de cytostéatonécrose est un accident de la lithiase que ce même professeur a magistralement décrit dans une de ses récentes cliniques. La fréquence d'un tel accident est assez grande pour effrayer ceux qui sont porteurs de calculs et les engager à prendre de bonne heure les moyens préventifs.

La stéatonécrose est due, suivant Mayo, à l'action des ferments pancréatiques extravasés ; la nécrose graisseuse ne saurait

d'après lui, se produire que lorsque aux ferments du suc pancréatique normal s'ajoutent des ferments venus soit de la bile, soit de la muqueuse duodénale.

Bien d'autres accidents doivent être regardés comme la conséquence fatale de la présence de calculs dans les voies biliaires. Telles sont les perforations et migrations anormales, l'occlusion intestinale, les fistules abdomino-pariétales, la migration péritonéale, les perforations pleuro-pulmonaires, celles des voies urinaires, etc. Ces divers sujets ne manquent certes pas d'intérêt, mais leur étude, si importante qu'elle soit, ne saurait non plus que celle de la symptomatologie aux caractères si compliqués et aux aspects si variés, trouver place dans le cadre nécessairement restreint de ce travail.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

L'indication opératoire dépend avant tout de l'état symptomatique du patient. C'est donc sur ce dernier exclusivement que le médecin se basera pour intervenir.

Les opérations chirurgicales, trop rarement pratiquées vis-à-vis des infections biliaires, ne sauraient néanmoins convenir à tous les cas. On ne fera évidemment pas de laparotomie chez un sujet atteint d'un simple ictère catarrhal ou d'une légère colique hépatique.

Le traitement médical conserve sa place dans les formes récentes et bénignes des infections biliaires. Toutefois il ne devra pas se prolonger outre mesure alors surtout que le malade commencera à s'épuiser.

Lorsque *l'ictère* existe depuis longtemps sans tendance à s'atténuer, et qu'il s'accompagne d'un changement sensible de l'état général, ce symptôme est suffisant pour faire reconnaître l'utilité ou même la nécessité de l'intervention. L'obstruction des conduits entraîne à la longue une altération de la cellule hépatique, de l'insuffisance hépatique, facilement appréciable par les procédés actuels d'investigation clinique.

Les *phénomènes douloureux* qui se rapportent à la lithiase revêtent souvent la forme de crises dites coliques hépatiques. Un seul accès isolé, léger, ne constitue certainement pas une indication chirurgicale. Pour que l'indication soit formelle il

faut voir se réaliser les conditions suivantes : violence des crises, repétition des accès à intervalles peu éloignés, réaction fébrile intense ou continue.

Quand on sentira une masse douloureuse en dehors du muscle droit, au-dessous du rebord costal, masse persistante que l'on rattache à la vésicule ou à de la péricholécystite, il ne faudra pas attendre trop longtemps.

L'*hypertrophie du foie*, quand le malade présente en même temps des phénomènes d'obstruction biliaire, de la fièvre ou des douleurs impose l'intervention précoce.

Les *symptômes généraux* constatés au cours des affections biliaires consistent soit en des accidents infectieux, caractérisés avant tout par de la fièvre, soit en des phénomènes de dénutrition causés par l'arrêt du flux biliaire. L'intervention alors est indiquée. Le chirurgien n'attendra pas que le malade soit trop affaibli, même si la fièvre et l'ictère font défaut.

Les *fistules biliaires* spontanées ou chirurgicales, si elles n'ont aucune tendance à se fermer, si l'infection ou les douleurs persistent, rendent encore nécessaire l'action du chirurgien. Il faut en dire autant des *perforations* des voies biliaires, et des *péritonites*. La *pancréatite chronique* présente une autre indication formelle qu'il importe de reconnaitre d'une façon précoce pour intervenir en temps.

Il n'est pas douteux que le traitement médical de la lithiase biliaire bien compris, bien institué et rigoureusement suivi, amènera, sinon des guérisons complètes et définitives, au moins des améliorations considérables dans la plupart des cas d'intensité légère ; mais il faut compter avec certains malades qui ne veulent pas se soumettre à un traitement long et astreignant, à un régime sévère, avec ceux qui ne peuvent pas, avec d'autres enfin qui, en dépit du traitement le mieux dirigé, continuent de souffrir.

Ce sont ces malades qui offrent à la chirurgie un terrain propre à solliciter son intervention. De fait le nombre des opérés augmente chaque année. Le champ d'action du chirurgien dans cette affection est vaste, et les résultats obtenus nous paraissent vraiment des plus encourageants.

MODE OPÉRATOIRE

Diverses opérations ont été préconisées et mises en œuvre contre la lithiase, et la question du meilleur mode opératoire est encore en travail d'évolution. C'est ainsi que la *Cholécystotomie* idéale, suivie de la fermeture complète de la vésicule et de l'abdomen, l'une des premières opérations pratiquées, est aujourd'hui complètement délaissée ; il en est ainsi de la *Cholécystolithotripsie*. Toutes deux sont estimées dangereuses et les résultats éloignés comparativement mauvais. De plus les cas où ce genre d'intervention serait indiqué sont extrêmement rares et ne relèvent peut-être pas de la chirurgie — il exige en effet une absence de lésions pathologiques dans la vésicule et d'autres conditions difficiles à rencontrer.

La lithiase étant synonime d'infection il y a tout intérêt à laisser ouverte la vésicule et à pratiquer le drainag[illegible] amener la désinfection des voies biliaires.

La *cholécystostomie* réalise ce drainage d'une façon efficace dans la plupart des cas, et cette opération, l'une des plus anciennes, est encore à l'heure actuelle pratiquée exclusivement par un grand nombre de chirurgiens. Elle permet une exploration suffisante des autres voies biliaires et elle peut être au besoin accompagnée d'une cholédocotomie ou d'une cysticotomie.

La chirurgie dispose encore d'une méthode opératoire plus radicale, la *cholécystectomie* ou l'extirpation de la vésicule avec son canal. Kehr, l'un des premiers, s'est fait le promoteur de cette intervention nouvelle, et, confiant en son action, il la pratique couramment et presqu'exclusivement. Il considère la cholécystostomie comme une opération de nécessité, lorsque, par exemple, la cholécystectomie n'est pas possible, dans les cas où l'anesthésie est mauvaise et difficilement réalisable, lorsque l'état général du malade est trop précaire, ou encore quand en raison des adhérences ou de la profondeur des organes, de trop grandes difficultés techniques font obstacle. Une suppuration abondante et très virulente, étendue assez loin dans cette région est un autre obstacle aux manœuvres de la cholécystectomie.

L'opérateur enlève la vésicule en entier et le canal cystique aussi loin que possible. Il explore le canal hépatique et le cho-

lédoque en les cathétérisant dans toute leur longueur. S'il y trouve des calculs adhérents ou trop volumineux pour qu'il soit possible de les faire refluer dans le cystique ou le duodénum, il pratique pour les enlever l'ouverture de ces canaux. Dans les cas où l'infection est évidente il termine son intervention par le drainage de l'hépatique. Il évite le plus possible les anastomoses dans la lithiase ; il y a, au contraire, recours dans les cas de pancréatite ou de cancer.

Et les résultats enrégistrés par l'habile praticien Allemand sont des plus satisfaisants. En effet, parmi les observations que le Dr Kehr a récemment publiées, 139 ont trait à des cas de lithiase simple non compliquée, dans ce nombre figurent seulement 5 morts, soit 3.6 pour 100. Les cas de lithiase compliquée et les cas de chirurgie hépatique, en dehors de la lithiase, ont a contraire donné une mortalité beaucoup plus élevée, près de 50 pour 100. Aussi en face des cas de cholécystite, d'occlusion aigüe du cholédoque et des cas de cancer, se montre-t-il désormais plus conservateur.

A l'heure actuelle on peut dire que dans la grande majorité des cas, c'est à l'une des deux opérations dont nous venons de parler, la cholécystostomie et la cholécystectomie, que l'art éclairé fait appel ; c'est donc aussi entre elles seules que le débat se circonscrit.

Avec la plupart des chirurgiens nous croyons que la cholécystostomie est l'opération de choix dans les cas où l'infection est aigue ou s'accompagne de fièvre et de symptômes généraux. Elle opère le drainage des voies biliaires en détournant momentanément le cours de la bile, et joue le rôle salutaire de désinfectant. Elle reste donc une opération de nécessité — chaque fois que l'ablation de la vésicule offre de trop grandes et d'insurmontables difficultés, ou que les manœuvres un peu longues qu'elle comporte semblent trop dangereuses.

La Cholécystectomie, nous l'avons dit, repose sur une méthode plus radicale : en supprimant la vésicule, cette sorte de creuset où s'élaborent les calculs, et ce foyer où l'infection se cantonne, elle rend la récidive impossible et la guérison définitive.

Les difficultés de technique ne sont pas en réalité aussi grandes qu'on l'a cru tout d'abord, et les accidents semblent

plutôt rares. Au reste nous croyons que ces difficultés en grande partie se rencontrent dans la plupart des cas où l'opérateur veut aboucher la vésicule à la paroi abdominale. Dans toute intervention sur les voies biliaires il est nécessaire de rechercher la vésicule, d'en faire ainsi que du cystique et du cholédoque l'exploration complète. Ces manœuvres sont communes à la cholécystectomie. Cette dernière, au surplus, permet d'explorer plus complètement les voies principales de l'excrétion, rend le cathétérisme extrêmement simple, et favorise le refoulement des calculs de l'hépatique et du cholédoque.

Quant aux dangers ils sont à peu près égaux dans les deux procédés.

Trois grands reproches sont faits, non sans raison, à la cholécystostomie : la persistance assez fréquente d'une fistule biliaire ou mucopurulente, la formation d'adhérences douloureuses nécessitant une intervention nouvelle et la récidive des accidents après un certain temps.

Aussi bien pouvons-nous constater aujourd'hui que la cholécystectomie, prenant le pas sur sa rivale, se vulgarise de plus en plus ; elle est depuis quelques années entrée dans la pratique courante.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons sans crainte affirmer que la chirurgie biliaire, laquelle ne date pour ainsi dire que d'hier, constitue l'un des plus brillants progrès de la chirurgie abdominale, et que nulle autre partie de cet art important et délicat ne la surpasse par la valeur de la méthode et l'efficacité des résultats.

Dr. Albert PAQUET.

INFECTION DES VOIES BILIAIRES

Par le Dr Albert LAURENDEAU, de St-Gabriel de Brandon

—

La question des « infections des voies biliaires » offre, pour le médecin et le chirurgien, un double intérêt considérable : à cause du retentissement de ces infections sur toute l'économie, puis en considération de leur fréquence relative. Ici, à ce Congrès, ce qui importe da antage est le diagnostic et le traitement de ces états infectieux ; je passerai donc brièvement sur l'étiologie et la pathogénie de ces affections.

Les voies biliaires, à l'état normal, sont aseptiques, sauf la dernière partie du cholédoque, confinant à l'ampoule de Vater, où l'on trouve les microbes qui, habituellement, font leur habitat du duodénum. L'écoulement de la bile semble être l'obstacle à la propagation des bacilles en amont du cholédoque.

Comment donc se produisent l'angiocholite. la cholécystite et l'hépatite d'origine septique? Rarement par voie sanguine, d'ordinaire plutôt par voie directe, comme l'ont bien démontre mes confrères Lesage et Paquet qui m'ont précédé ; mais j'appuie sur un fait : c'est que tout ce qui tend à suspendre ou à ralentir le cours de la bile favorise la montée des microbes : tels la lithiase biliaire, l'ictère catarrhal, le cancer, etc.

Dans la plupart des cas d'infection des voies hépatiques, le diagnostic s'impose d'abord par la température, le pouls, la douleur auxquels s'adjoignent ensuite souvent des vomissements, de l'ictère, de la décoloration des matières fécales, de l'hypertrophie du foie, etc. ; mais parf is, dans certains états prémonitoires, le clinicien peut hésiter. Ainsi, l'hépathalgie d'origine calculeuse ressemble, quelquefois à s'y méprendre, à la gastralgie et surtout aux spasmes pyloriques av c crises douloureuses lors du passage du bol alimentaire dans le duodénum. Dans ces cas, ce n'est que par des examens attentifs et répétés que l'on parviendra à se faire une conviction. L'on pourra aussi,

avec avantage parfois, s'aider de méthodes nouvelles d'investigation : radioscopie et radiographie.

Il y aurait beaucoup à dire sur la lithiase biliaire qui, d'après la plupart des auteurs, aurait un état infectieux pour terrain d'origine. Il n'est pas douteux, toutefois, que la présence de microbes dans la vésicule, le cholédoque, le cystique ou l'hépatique ne suffise pas à créer des cholélithes ; il faut que le mucus et la bile de ces canaux soient dans un état particulier et possèdent la faculté de précipiter sous l'action des agents infectieux ; c'est là, Messieurs, l'un des aboutissants d'une diathèse, — et pour préciser : de l'arthritisme.

Quels microorganismes jouent le rôle de graine de calculs? Le coli-bacille, le bacille d'Eberth le plus souvent, — peut-être aussi tous les microbes banaux de l'infection, de la suppuration. Et maintenant nous allons tourner dans un cercle vicieux, car la lithiase biliaire est à la fois la cause et l'effet des angiocholites, des cholécystites et des hépatites, avec tout le cortège de leurs complications.

Pour ce qui concerne le traitement, c'est-à-dire la partie la plus importante du sujet qui nous occupe, nous pourrions le diviser, suivant des indications précises, en médical et en chirurgical.

Le traitement médical sera à la fois mécanique et antiseptique, afin de lever les obstacles au cours des sécrétions hépatiques, puis de rendre aux milieux biliaires leur aseptie normale. A cet effet, j'emploie le calomel, la glycerine, le salicylate de soude, le succinate de sodium et le jaune d'œuf comme cholagogue ; ce dernier surtout agit puissamment sur la sécrétion biliaire, comme l'a démontré le célèbre physiologiste russe Palow et le Français Bruno, ainsi que vous l'a dit mon ami le Dr Lesage.

Ces médicaments et d'autres de même ordre ont pour effet de liquéfier la bile, d'en augmenter la sécrétion, par suite la poussée vers le duodénum ; — puis de désinfecter l'estomac, le duodénum, peut-être même le cholédoque. Comme adjuvant au traitement médicamenteux, il est très important de prescrire un régime hygiénique précis et sévère : ce régime est celui de l'arthritique : lacté strict dans la phase aigüe, — lacto-végétarien dans les intervalles paroxystiques.

Ici, une dernière question se pose : Où finit le domaine du médecin ? Où commence celui du chirurgien ?

Le temps à ma disposition ne me permet pas de préciser les détails des indications qui ressortissent au traitement médical puis au traitement chirurgical. Je ne ferai donc que tracer sommairement les grandes lignes de démarcation qui, à mon sens, devront pousser le malade dans l'un ou l'autre de ces services.

Je poserai d'abord, comme principe absolu, que c'est à l'intervention chirurgicale qu'il faut recourir dès qu'il existe de l'infection biliaire avec retentissement général sur l'économie. D'autre part, si à des symptômes légers d'infection il survient des crises de coliques hépatiques à répétition, l'on pourra hésiter quelque temps avant de conseiller l'intervention chirurgicale ; toutefois, si ces crises étaient graves, si des calculs ne pouvaient franchir les voies hépatiques, et surtout si le cours de la bile était obstrué permanemment, le médecin devra faire place au chirurgien ; en tout cas, les premiers symptômes de cachexie hépatique justifient l'intervention de ce dernier. Et je suis d'autant plus porté à conseiller cette intervention aussitôt que possible, que je sais par ma propre expérience le peu de gravité de l'acte opératoire dans ces circonstances. J'ai, en pleine campagne, souvent dans un milieu tout-à-fait insuffisant, parfois aux dernières limites de la civilisation, pratiqué une douzaine de cholécystotomies, sans un seul cas fatal. Cette intervention est plus bénigne qu'on serait porté à le croire.

Ce n'est pas le temps de dire la technique des opérations sur les voies biliaires ; vous n'aurez d'ailleurs qu'à ouvrir un classique pour en lire les détails mieux que je ne pourrais les poser ; mais je ne puis terminer sans donner un conseil à mes confrères de la campagne qui font de la chirurgie : dans toutes vos interventions sur les voies biliaires, de même que dans toutes vos opérations où il vous faut faire usage d'anesthésiques, servez-vous de la scopolamine. Une injection hypodermique de 1/50 de grain de scopolamine (Merck), associé à 1/5 de grain de morphine, une heure avant l'acte opératoire, vous rendra des services inespérés dans la pratique rurale. Vous réduirez ainsi la dose de chloroforme consécutive de moitié, diminuant par conséquent de 50 p. c., les dangers de l'anesthésie et l'intoxication de l'éco-

nomie : sans compter les angoisses, les affres que vous supprimez à vos opérés, j'allais dire à vos suppliciés.

J'ai procédé ainsi dans plus de trois cents cas et je n'ai toujours eu qu'à m'en louer. A ceux qui voudraient connaître à fond cette méthode, qui peut rendre de grands services aux médecins ruraux surtout, je conseille de relire ma communication sur la « scopolamine » dans le rapport du dernier Congrès à Trois-Rivières.

TUBERCULOSE RENALE

Par le Dr EUGÈNE SAINT-JACQUES

La tuberculose rénale, dont la symptomatologie clinique nous est aujourd'hui presque familière, n'est une entité pathologique bien définie que depuis quelques vingt-cinq ans. Il est vrai que Morgagni en 1767 l'a signalée, que plus près de nous Bayle encore l'a mentionnée, mais il faut arriver au milieu du siècle dernier, à Rayer (1841), pour en avoir des aperçus quelque peu précis. Reconnaissons que les descriptions et les dessins qu'en donne Rayer, s'ils ne sont pas complets, ont au moins le grand mérite de présenter trés clairement certains aspects de la question. Ce n'est cependant qu'avec les thèses de Durand-Fardel (1886), Cayla (1887), Coffin (1890), Vigneron (1892), du Pasquier (1894), les travaux de Lancereaux, Guyon et Tuffier en France, de Kuester, Israël et Kummel en Allemagne, ceux de Morris et Roberts en Angleterre, vers 1890, que nos notions sur la tuberculose rénale s'élargissent et se précisent. Depuis lors les travaux deviennent nombreux, le laboratoire s'ingénie à multiplier ses procédés d'expérimentation, nos méthodes de diagnostic s'améliorent, la clinique précise le mode opératoire, si bien que le temps semble venu de synthétiser ces notions que l'expérimentation et la clinique ont accumulées et d'en formuler les conclusions thérapeutiques.

FREQUENCE

Et tout d'abord, la tuberculose rénale est-elle une affection fréquemment rencontrée ? Interrogeons les registres des salles d'autopsie. Sur 10,516 autopsies, Saxtorph trouve 547 cas de tuberculose génito-urinaire. Si l'on en défalque les cas où le rein n'était pas affecté, il reste un percentage d'environ 5 p. c. Sur 2,390 autopsies colligées au John Hopkins Hospital, 710 ont été portées au compte général de la tuberculose, dont 160 pour la tu-

rculose génito-urinaire. Tilden-Brown analyse 567 autopsies, ouve la tuberculose générale responsable de 68 mortalités et dans 3 de ces cas,les reins étaient affectés.

C'est donc dire que sur le total des mortalités pour causes ariées, la tuberculose rénale figure dans 4% pour Tilden-Brown, pour Saxtorph et 7% au John Hopkins Hospital, et que chez s tuberculeux de toutes variétés les reins sont affectés dans 23% John Hopk. Hos.) à 33% (Tilden-Brown) des cas.

AGE

Quant à l'âge, disons que si elle se rencontre de préférence ntre 20 à 40, on l'a cependant notée très-tôt, dès la première année même. Témoin cet enfant de Lovett Morse qui né en excellente santé (9¾ lbs) et de parents sains, n'en développe pas oins à 6 mois de la pyurie tuberculeuse. Le microscope et l'inoculation au cobaye prouvent la nature tuberculeuse de l'affection. Winternitz en signale deux cas à 7 mois, Luys à 6 ans.

Reconnaissons que ce sont là des exceptions, de même que les extrêmes de 2½ mois et 64 ans signalés par Morris et Tilden-Brown. Ajoutons pour préciser, que l'enfance manifeste de préférence la forme aiguë, tandis que la tuberculose rénale d'allure ronique se montre plutôt entre 20 à 40 ans.

QUE DIRE DU SEXE ?

Les auteurs diffèrent ici. Si la majorité, dont est Guyon, la plus fréquente chez l'homme, par contre des autorités comme Israël l'affirment deux fois plus fréquente chez la femme, Kron- trois fois même. Kummel pour 38 femmes ne l'a rencontrée chez 15 hommes et Tuffier que chez 14 contre 29 femmes.

Et maintenant, avant d'étudier les lésions anatomiques et les nifestations cliniques de la tuberculose rénale, recherchons par quelle voie le rein devient infecté. Nous n'avons pas à nous demander si le bacille trouve la porte d'entrée première par la muqueuse pulmonaire ou intestinale, mais bien comment il arrive au rein. Dans l'immense majorité des cas, l'infection se fait par voie sanguine. Peut-elle se faire de la vessie au rein, par ascension urétérale ? Disons de suite que la tuberculose primitive de

la vessie est de la plus grande rareté. Et puis existerait-elle plus fréquemment, qu'il faut des conditions si spéciales pour que le bacille puisse monter de la vessie que nous comprenons pourquoi elle est presque niée. Kummel affirmait a la Soc. de Hambourg qu'elle n'existait pas ou que tout à fait par exception, déterminée alors par un cathétérisme urétéral infectant ou par stricture urétérale et rétention d'urine. On conçoit moins difficilement que la tuberculose puisse se propager par contiguité lors de fonte caséeuse des vertebres ou de localisation de voisinage au périt oine ou aux colons : mais là encore rien ne prouve que la voie sanguine ne doive être plutôt mise en cause. Tuffier semble d'ailleurs se rattacher à cette opinion, lorsqu'il dit : " quant à l'infection tuberculeuse d'origine périrénale, j'ai démontré que la capsule joue à l'égard du rein le rôle de barriere protectrice. "

Ayant établi sa fréquence relative de 4 à 7% sur les mortalités générales, l'âge où elle s'instale de préférence chez l'enfant dans la forme aigüe, chez l'adolescent dans la forme chronique, sa voie d'accès au rein, de préference par la circulation, recherchons ses

LESIONS ANATOMIQUES

pour en déduire et les manifestations cliniques et les indications thérapeutiques.

La tuberculose rénale se présente à nous sous des formes multiples, quelques unes fort voisines des autres, se succédant parfois l'une à l'autre, mais qu'il est cependant possible de grouper sous CINQ chefs :

I. La forme miliaire.
II. Une forme nodulaire, à évolution caséeuse aboutissant à la pyonéphrose
III. Une forme nodulaire, à évolution fibreuse.
IV. Une forme totale, la dégénérescence massive.
V. Enfin une forme polykystique.

I

LA FORME MILIAIRE

Ici l'affection rénale n'est qu'un épiphénomène d'un processus général qui touche tous les organes et les envahit avec une

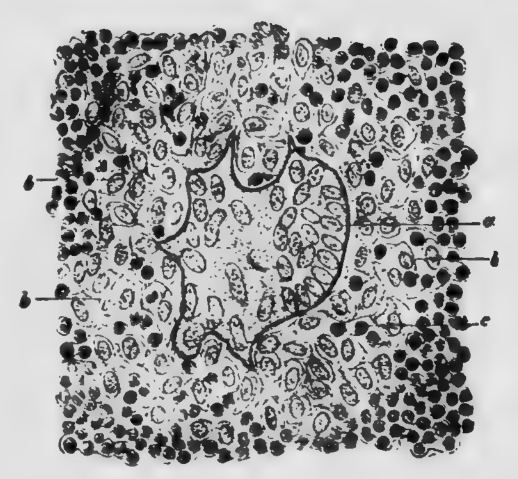


Fig. 1. — Tubercule. Cellule géante, entourée de cellules épithélioïdes, bordées d'une zône de cellules dites inflammatoires.

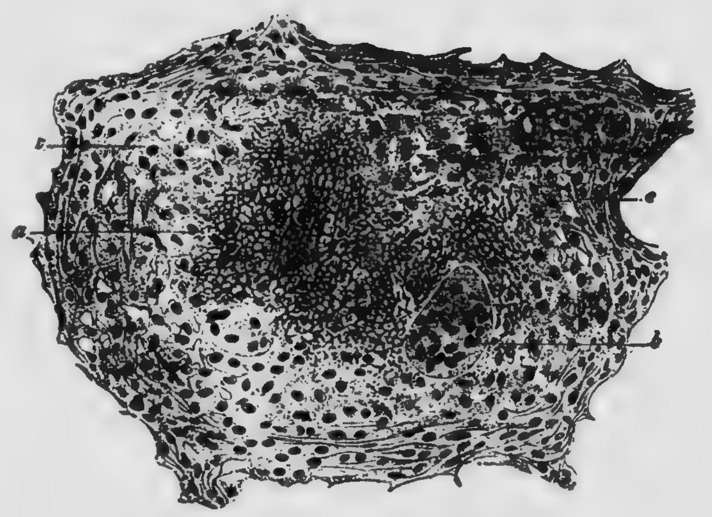


Fig. 11. — Tubercule en dégénérescence caséeuse. On y saisit encore des cellules géantes.

[illegible]lité ne laissant pas d'espoir. L'infection est d'une virulence [illegible]trême et la bacillémie est cause de la généralisation. Cete forme [illegible]ffectionne l'enfance et semble toucher également les deux reins.

L'organe apparait à la coupe criblé de petits points blancs [illegible]mâtres, grains de sago minuscules, qui parfois se voient par [illegible]nsparence à travers la capsule (fig. IV). Ils ne sont pas ici dis[illegible]minés au hasard, mais de préférence dans la substance corti[illegible] et le microscope les révele au niveau des glomérules et sui[illegible]t dans leur orientation striée la direction des vaisseaux : ce [illegible] indique bien leur origine sanguine. Cette localisation spé[illegible]le des foyers miliaires a été bien mise en lumiere par Cornil et [illegible]nvier, Durand-Fardel, Casper, Bernard et Salomon, Golzt, [illegible] Rosenstein, dans les études microscopiques sériées por[illegible]t sur 74 reins tuberculeux enlevés par le professeur Israel, dont [illegible] présentaient le processus pathologique à ses débuts, a pu pré[illegible]er cete localisation primitive glomérulaire de la forme miliaire [illegible]ans cete variété de tuberculose, les microbes foisonnent pour [illegible]si dire, comme l'intensité et la généralisation de l'infection [illegible] le laissent bien supposer de prime abord.

II

FORME NODULAIRE, A EVOLUTION CASÉ[illegible] [illegible] A LA PYONEPHROSE

Variété la plus commune, disons-nous, modalité qu'affec[illegible]nne le processus tuberculeux entre 20 et 40 ans. Que dans [illegible]tte formule d'allure généralement chronique, la lésion rénale [illegible]maire soit dans la zône corticale ou médullaire, l'accord [illegible] [illegible]ible pas encore fait entre les pathologistes : Baumgarten, C[illegible] [illegible] et Ranvier, Walsh, Brault, Rosenstein, Buday, Akutsu, Eke[illegible]rn, Golzt, Illyes, Casper, Nitze, von Rheimer, Bernard et Salomon, Mareta, von Oppel, Steiner. Ainsi Rosenstein veut [illegible] ici la localisation corticale soit au second plan, les foyers primi[illegible]s occupant de préférence la substance médullaire au voisinage de [illegible] voûte vasculaire pyramidale. L'expérimentation a conduit Ber[illegible]ard et Salomon à admetre un début cortical, périglomérulaire, [illegible] beaucoup plus rarement médullaire. Que les bacilles pro-

viennent des glomérules, des capilaires intertubulaires ou restent incrustés dans les épithéliums des tubes contournés comme le veulent Brault et Baumgarten, à partir de ce moment la colonie microbienne se constitue et le tubercule s'étend excentriquement. L'on comprend d'aileurs qu'il ne saurait y avoir de règles précises et que la localisation primitive puisse varier encore et débuter même au sommet d'une papille (Schmidt, Rosenstein) ou dans le bassinet (Tuffier).

Nous avons la formule histologique du tubercule. Au centre, avec le ou les bacilles de Koch une ou plusieurs cellules géantes entourées d'une zone de cellules polygonales dites "épithélioïdes." bordées d'une ceinture de petites cellules inflammatoires. La conglomération de plusieurs tubercules constitue le follicule tuberculeux. (Fig. I).

Suivre les transformations du tubercule lorsqu'il évolue vers la caséification, ne manque pas d'intérêt et fait comprendre les lésions de voisinage. Sous l'effet des toxines microbiennes et privées en plus d'éléments nutritifs du fait de l'artérite oblitérante si spéciale au processus tuberculeux, les cellules ne tardent pas à subir la dégénérescence granuleuse puis graisseuse et avec la mort cellulaire le noyau p ses propriétés chromophiles (fig. II). Dès lors le foyer pri r s'étend et s'il apparait l'abord sous une coloration foncée (fig. III) c'est bientôt un nodule blanc grisâtre (fig. IV et V), qui, de dur, est devenu ramolli. Avec l'extension du foyer et la fusion de nodules voisins, le processus tend vers le hile de l'organe et ne tarde pas à gâgner le bassinet. Dès lors et pour peu que la dégénérescence caséeuse soit marquée, le foyer s'y vide et nous avons là constituées ce que Tuffier a si bien appelé "la vomique et la caverne rénales." (fig. VI). Les contours en sont irréguliers, assez nettement définis par une bordure blanchâtre qui tranche généralement sur les tissus voisins, les parois sont recouvertes de fongosités qui égouttent leur pus mélé à l'urine du bassinet. Le microscope nous révèle un même état de chose qu'au poumon, une zône d'éléments mortifiés et de cellules géantes qu'entoure une réaction conjonctive variée. Les éléments épithéliaux avoisinants présentent tous les stades de dégénérescence granulo-graisseuse et parfois amyloïde. Comme les foyers tuberculeux ne tardent pas à se multiplier les

rnes se créent nombreuses et il arrive parfois que l'organe ne siste plus qu'en une série de pochettes.

III

FORME NODULAIRE FIBREUSE

Cete variété plutôt rare, semble une entité pathologique assez définie et qui se rapprocherait de cette modalité spéciale de berculose pulmonaire connue sous la rubrique de pthisie oïde. Ici la fonte n'existe pas, l'élément bacillaire n'ayant né lieu qu'à la formation d'un tissu conjonctif, plutôt dense les procédés de coloration révèlent avec les cellules géantes ent infectieux causal. Lecène, qui en rapportait un cas à la Anatomique de Paris (juin 1906), définissait ainsi sa forde histologique. "L'organe est à peine plus gros qu'à l'état mal. Il présente au pôle supérieur un gros nodule et disséés un peu partout de petits tubercules. A la coupe, la subnce corticale apparait piquetée de granulations grisâtres, gros de tête d'épingle. Le microscope ne révèle dans la masse se du pôle supérieur qu'un tissu conjonctif très dense e de parenchyme rénal normal, quelques tubes à épithélium drique haut, restes vraisemblables de tubes de Belini. Çà dans les mailles de ce tissu conjonctif presque cicatriciel, on eoit quelques follicules tuberculeux nets avec des cellules ntes. Sclérose rénale disséminée dans tout le parenchyme s tubercules assez rares sont formés seulement de cellules héloïdes et de cellules géantes. Nulle part de foyer de caséifion, même microscopique."

Il nous semble être témoin chez l'homme des résultats expéentaux de Bernard et Salomon. D'ailleurs cette sclérose inse, sans tendance à la caséification et de cause tuberculeuse, t pas une rareté pour l'œil des pathologistes. Lort t-Jacob et areau ne rapportaient-ils pas à la Soc. Anatomique de Paris ars 1904) le cas d'un tuberculeux à réactions sclérosantes mules avec altérations cardiaques des plus typiques. La valvule rale, d'un centimètre (sic) d'épaisseur présentait une dégénéscence fibro-calcaire massive, au milieu de laquelle on décela nombreux bacilles.

Le rein de son côté présente donc parfois cette altération conjonctive intense, que l'observation clinique et l'expérimentation portent à classer, non comme réaction de guérison, mais dégénérescence pathologique.

IV

FORME TOTALE : DÉGÉNÉRESCENCE MASSIVE

Ici les altérations pathologiques sont à la fois massives et générales. L'organe est réduit à une poche représentée par la capsule, remplie d'une substance pâteuse, demi-fluide, véritable fonte de tissus, où l'on saisit de vagues débris des cloisons. Le bassinet en est rempli et de ce fait l'uretère obstrué.

V

FORME POLYKYSTIQUE

Enfin, une dernière variété se rencontre encore, le rein tuberculeux polykystique, sur lequel Curtis et Carlier ont attiré l'attention. L'organe présente ici une conformation irrégulière et bosselée, et sur sa surface de section des logettes kystiques de toutes dimensions. Il s'agirait ici d'une lésion tuberculeuse à localisation primaire corticale, gagnant secondairement la zône médullaire et déterminant des transformations scléro-kystiques et épithéliales. Curtis et Carlier soutiennent que ces formations kystiques sont fonctions directes du processus tuberculeux.

Il est à se demander si le cas rapporté par Coenen à la Société médicale de Berlin (juin 1907) ne contredirait pas cet avancé et ne montrerait pas plutôt l'infection tuberculeuse comme secondaire à la transformation kystique. Il s'agissait dans ce cas d'un enfant de trois ans présentant un énorme rein—10 pouces de long—qui fut enlevé. L'organe n'était plus qu'une masse de gros kystes, entre lesquels il ne restait plus trace de parenchyme rénal. Le contenu des kystes, de même que leurs parois, présentait de nombreux bacilles. Deux mois après l'opération, l'enfant était en parfaite santé. Comme on le voit, le dernier mot n'est pas encore dit sur cette variété, dont il est peu d'exemples connus.

Fig. III. — Foyers tuberculeux à leur début (d'après Tilden-Brown).



Fig. IV. — Nodule tuberculeux et foyers miliaires disséminés. (Luys).

ÉVOLUTIONS DE LA TUBERCULOSE RÉNALE ET LÉSIONS SECONDAIRES

Nous avons vu comment se constitue et se développe le foyer initial. L'évolution du processus tuberculeux dans ses différentes modalités ne va pas sans déterminer certaines altérations et troubles secondaires. Parmi les plus importantes, nous signalons :

La pyonéphrose. Elle se rencontre dans la majorité des cas et s'explique par l'extension de la fonte caséeuse jusqu'au calice, l'évacuation de la loge et la subsistance d'une pochette ouverte ou caverne qui égoute son pus dans le bassinet.

L'hydronéphrose, qui se rencontrera lorsque l'uretère, obstrué par les débris de la substance rénale en désagrégation ou par l'extension du processus tuberculeux, s'opposera plus ou moins complètement à l'évacuation des produits de sécrétion rénale. La dilatation gagnera le bassinet et les calices, puis les canalicules et les cavernes tuberculeuses, pour en arriver finalement à transformer l'organe en une série de poches à contenu purulent. L'organe peut ainsi arriver à quintupler ou plus son volume normal (Fig. VIII).

La périnéphrite, si fréquente et généralement secondaire à l'infection rénale, se présente sous des formes variées. Tantôt c'est une transformation fibreuse de l'atmosphère graisseuse, tantôt encore c'est un abcès froid, bien localisé, ailleurs c'est une vaste collection purulente, le phlegmon périrénal, que tous connaissent.

L'urétérite, complication habituelle de l'infection rénale et qui se fait par inoculation directe. Les lésions conjonctives de réaction déterminent une hypertrophie sténosante des couches de ce conduit. Sa muqueuse présente souvent un semis de tubercules, qui évoluent jusqu'à l'ulcération. (Fig. VI).

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les principales manifestations *locales* de la tuberculose rénale sont la Pyurie, l'Hématurie, l'Albuminurie, la Polyurie et la Pollakyurie, la Bacillurie, la Douleur, la présence d'une masse dans la loge costo-iliaque, enfin l'apparition de Foyers Secondaires dans les autres parties du système urinaire.

Rien de plus variable que les manifestations de la tubercu-lose rénale à ses débuts. Tantôt éclatant par surprise, tantôt précé-dée d'une période de [illegible] générale graduelle, ici tapageuse, ailleurs [illegible] essentiellement erra-tique dans sa marche. Aussi Tuffier a-t-il pu écrire avec raison [illegible] plus fertile en erreurs de diag-nostic.

La [illegible] Dans les formes miliaire et scléreuse [illegible] Mais dans la majorité des cas, elle appar[illegible] symptôme qui attire l'atten-tion [illegible] la douleur et aux [illegible] Elle [illegible] la forme caséeuse et de l'ou-verture [illegible] dans le bassinet. On conçoit facilement qu'elle sera d'autant plus abondante que les foyers seront plus nombreux. Chose singulière [illegible] elle est parfois intermittente, du fait de l'obstruction urétérale [illegible] Aussi faut-il soumettre [illegible] des [illegible] des individus soupçonnés de tuberculose rénale.

L'h[illegible] est les plus irrégulières dans son apparition [illegible] elle est [illegible] congestion [illegible] (Tuffier, Petit et Belley, Albarran), [illegible] résultat d'une ulcération (Schmidt, Rosenberg). Passagère ici, ailleurs [illegible] (Petit et Belley, Rafin, Casper), [illegible] initiale men[illegible] (Schmidt, [illegible], Bazy, Nitze, etc.), elle peut [illegible] et continue, que la vie du malade est mise en danger [illegible] cas, rapporté par Schmidt, d'hémorrhagie initiale par ulcération d'une papille et saignant [illegible] le malade.

L'[illegible] ne fait [illegible] défaut. Tantôt due à la pré-sence du pus, elle [illegible] précieuse de rensei-gnements. Elle est presque le seul premier symptôme qui ait quel-que fixité. On le conçoit facilement [illegible] on sait d'un côté les troubles congestifs déterminés par la localisation tuberculeuse en tissu rénal et de l'autre les lésions de sclérose consécutive à l'évo-lution de ce foyer infectieux.

Que dire de la *Polyurie* et de la *Pollakyurie*, sinon qu'elles sont généralement constantes. On sait l'insistance de Bazy sur

- précieuses indications diagnostiques de la pollakyurie nocturne, ·e si elle est jointe à l'incontinence nocturne prend pour lui la leur d'un symptôme pathognomonique. La pollakyurie reconet deux causes : ou une lésion tuberculeuse vésicale et alors conute, sans trève ni merci, ou un réflexe déterminé par la lésion ale. Il est même certaines tuberculoses rénales qui pendant certain temps donnent lieu presqu'exclusivement à des symptô-s vésicaux (Wolcott, Tuffier.)

Pour ce qui est de la *Bacillurie*, elle est inconstante, et comme - la tuberculose pulmonaire le bacille ne se décelle pas c mment dans l'expectoration. Parfois au contraire les bacilles - onnent dans l'urine et ce semble surtout dans la forme miliaire sen-stein, Ekehorn). Bien plus, bacillurie ne veut pas dire ssairement tuberculose urinaire. Jousset l'a démontré, les rcules pulmonaires peuvent donner des bacilles dans les érisans qu'il y ait lésion rénale. Un fait identique ne se voit-il pas lleurs dans la fièvre typhoïde ? Toute bacillémie peut s'accomer de bacillurie avec simple albuminurie (Bernard et Salo-. Mais reconnaissons que c'est généralement la signature de iberculose urinaire.

Peut-on toujours déceler la présence des bacilles dans l'urine? il semble aujourd'hui universellement reconnu que l'inoion au cobaye soit la meilleure pierre de touche. Encore l que cette inoculation soit faite dans des conditions spé-s. L'injection péritonéale ne réussit pas toujours, parceque lieu péritonéal atténue quelque fois la virulence microbienne. vaut la faire sous la peau. (Bernard et Salomon).

douleur, symptôme irrégulier comme intensité et temps rition. Variant d'un simple malaise à une douleur sourde stante, elle est parfois paroxystique et résulte généralement d'un obstacle urétéral déterminant la rétention rénale. La ur est parfois si vive et si subite qu'en plus d'une occasion le stic de calcul peut être posé avec raison. Tous les clinint noté de tels cas et tout dernièrement Charters Symonds bien ce fait en vedette, lors de ses Lettsomian Lectures . Il ne faut pas perdre de vue que les deux affections, ulose et lithiase, peuvent être concomittantes (Obs. de Hutn, Thomason....)

La présence d'une *Masse dans la Loge Lombaire*, on le comprend, ne se décèlera que si le rein est déjà d'un certain volume. Sa mobilité aidera à la dépister plus tôt. Tous ceux qui ont quelque expérience de ces lésions rénales, savent jusqu'à quelles dimensions peut atteindre un rein tuberculeux, jusqu'à la crête iliaque et vers la ligne médiane. Le volume de même que la tension de cette masse varient suivant que le rein est ou non en rétention.

Tuberculose secondaire urinaire. L'urétère, et c'est de toute évidence, est le premier à s'infecter. Le processus inflammatoire, en même temps qu'il augmente le volume de ce conduit, rétrécit sa lumière : et c'est ainsi que le pus, le mucus, le sang et les débris de tissus peuvent l'obstruer facilement. La vessie de même ne tarde pas à développer des foyers secondaires qui ajoutent aux inconvénients et aux souffrances du malade.

Sur quels signes donc nous appuierons-nous pour porter le diagnostic de tuberculose rénale ?

Le sujet sera généralement mal portant, faible et sans appétit depuis quelque temps. Son teint pâle, son amaigrissement, ses transpirations nocturnes sont des signes probables : des foyers de tuberculose pulmonaire déjà existant nous indiqueront un infecté profond. Il se plaindra généralement de quelques troubles urinaires, soit de pyurie, soit d'hématurie, soit de pollakyurie. Parfois il vous dira que non seulement il doit se lever souvent la nuit pour uriner, mais qu'il ne peut retenir ses urines et les laisse inconsciemment passer durant son sommeil. Souvent même il ajoutera qu'un testicule est graduellement devenu gros, qu'il a toujours été et persiste encore indolore : et de fait vous trouverez un épidydime généralement envahi. Portant la main à son côté il indiquera qu'il est sujet à une douleur sourde et persistante qui s'exaspère par moment. Peut-être vous dira-t-il que même une crise aigüe a marqué le début de tous ses ennuis. Vous examinerez la loge lombaire et vous trouverez une masse généralement dure et fixe parfois sensible, dont le volume peut arriver jusqu'à celui de plusieurs oranges.

Si c'est une femme, le toucher vaginal vous instruira davantage. Car si l'affection a déjà évolué depuis quelque temps l'urétère sera envahi et vous le sentirez par le vagin comme un tuyau dur et sensible, allant d'arrière en avant et de dehors en

Fig. V. — Foyers tuberculeux apparaissant à travers la capsule.

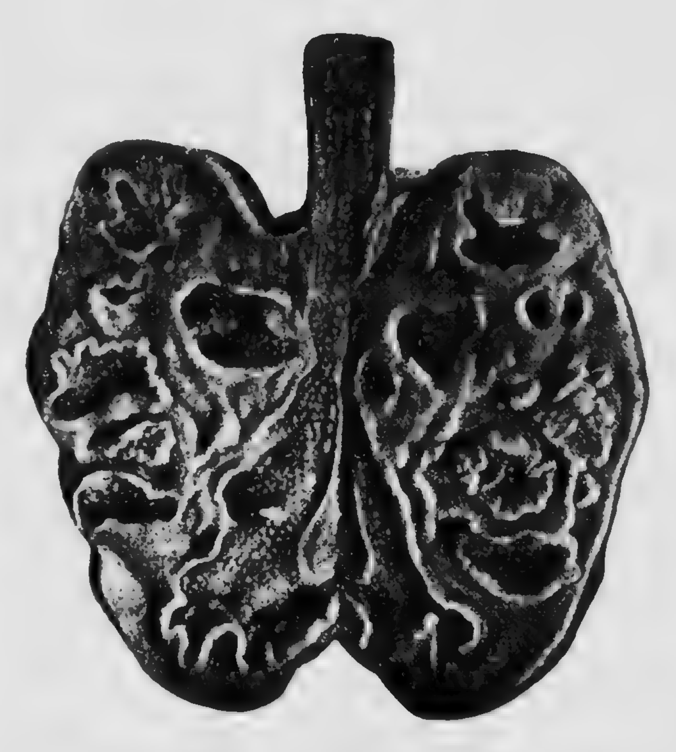


Fig. VI. — Loges multiples du rein et pyonéphrose. Notons l'infection de l'urétère. (Luys).

ledans, pour se perdre vers le bas-fond vésical. Il nous a semblé après notre expérience personnelle, qu'il n'y avait à peu près que la tuberculose rénale pour donner naissance à une telle urétérite hypertrophiante et sensible. La pyélonéphrite calculeuse ne paut pas la déterminer à tel point et l'observation clinique nous a conduit à la conclusion de la regarder comme quasi pathognomonique de la tuberculose rénale descendante.

Mais la masse lombaire peut manquer, la crise douloureuse faire défaut, l'urétérite ne pas exister, et alors comment dire si oui ou non le rein est en cause à l'exclusion de la vessie, et lequel des deux reins ?

La première question doit être posée par le *cystoscope*. Il nous dira—et lui seul le peut—si la vessie est ou non en cause, si son bas-fond est malade et ulcéré. Bien plus, il dira aussi et dans la majorité des cas de quel rein vient le pus : car il permet la comparaison visuelle des éjaculations urétérales. Le cystoscope à vision directe nous a donné les résultats les plus satisfaisants. Davantage encore : le cystoscope nous dira si l'urétère est sain ou non, dans le dernier cas son orifice vésical apparaissant béant, au lieu de rectiligne, et en dépression au milieu d'une petite élévation.

Mais l'aspect des orifices urétéraux peut manquer de nous renseigner suffisamment : plus d'une fois les indications que nous donnait le cystoscope étaient négatives à ce sujet. Il faut alors recourir à d'autres procédés, dont les principaux sont le cathétérisme des urétères et la séparation endovésicale des urines.

Par le CATHÉTERISME DES URETÈRES, nous serons renseignés sur la valeur fonctionnelle de chaque rein, si les deux côtés sont touchés par le processus tuberculeux, lequel des deux organes l'est davantage et enfin si le moins malade peut faire la fonction totale. Bien que la méthode soit d'emploi courant en thérapeutique urinaire, nous reconnaissons les dangers d'infection qu'elle fait courir au rein sain. Voilà pourquoi les instruments qui permettent le cathétérisme direct (Kelly, Luys), nous paraissent supérieurs.

Quant à la SÉPARATION ENDOVESICALE des urines elle nous a été personellement d'un véritable secours en maintes

[illegible]

[illegible] la forme, le contour de [illegible] [illegible] irrégulières et [illegible] noyaux [illegible]

[illegible] (Cajal [illegible]

[illegible] diagnostic de tuberculose rénale [illegible] que [illegible] sur la valeur fonctionnelle [illegible] des [illegible] [illegible] tous les éléments [illegible] conclusions thérapeutiques, et c'est par là que nous [illegible]ons

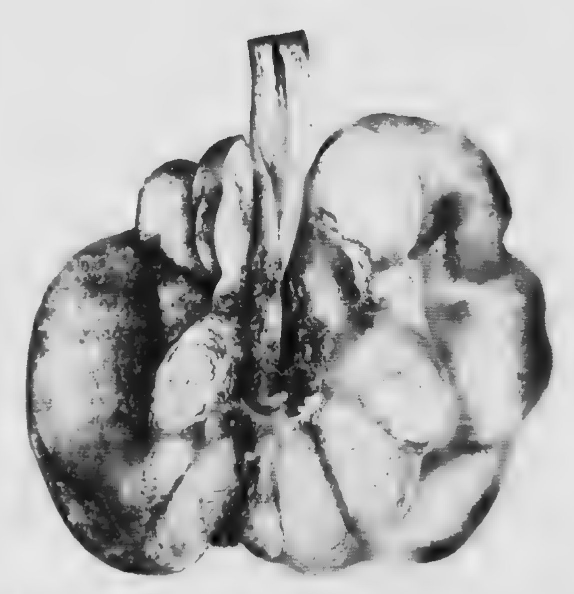


Fig. [illegible] — Tubercul[illegible]



Fig. VIII. — Hydronéphrose. (Luys).

THÉRAPEUTIQUE

Trois moyens sont à notre disposition : le traitement médical général, la néphrotomie et la néphrectomie.

I.—La tuberculose rénale peut-elle guérir par une thérapeutique interne ou médicale ? Albarran vient de se prononcer, et tout récemment, très catégoriquement à ce sujet : " Il n'existe pas une seule pièce anatomique montrant la guérison spontanée. Les guérisons rapportées n'ont été que des rémissions " Et la grande majorité des pathologistes soutiennent cette opinion.

Il est cependant des exceptions, mais combien rares. Ainsi Péchère prétend que " la tuberculose rénale est susceptible de guérir sans traitement opératoire ". Pielicke veut le traitement par la *tuberculine* dans les formes très-légères. Guéri lui-même d'une tuberculose pulmonaire par traitement à la tuberculine il y a 14 ans, il essaya ce traitement sur un tuberculeux rénal en 1905 et aujourd'hui, en 1908, ce malade persiste guéri Nous avons le choix entre T.-A., la T.-R. et la B.-E. En cette " ère opsonique ", et en face des résultats parfois fort encourageants de la nouvelle méthode, il ne semble que légitime d'en faire l'essai (Max-Miller). Volontiers nous en ferions un adjuvant à l'intervention opératoire, mais non pas un suppléant.

Les *rayons X* ont naturellement été appelés à la rescousse. Reconnaissons la modestie de celui qui les propose, Bircher, puisqu'il ne les recommande que pour les cas inopérables.

II.—La NEPHROTOMIE.

Ce n'est là qu'un pis aller. Le reproche le plus sérieux qu'on lui fait—et avec raison—c'est qu'elle ne supprime pas le foyer infectieux, et qu'en plus, à l'infection tuberculeuse simple, elle supplée une infection mixte. Et nous savons tous les dangers des infections mixtes. Elle n'est donc qu'un pis aller, répétons-nous, et ne doit être employée que lorsque le vrai traitement sera impossible, ou qu'il y aura indication d'évacuer un vaste foyer purulent avant d'exécuter l'opération radicale.

III.—Donc nous concluons en posant que L TUBERCULOSE RENALE RECLAME LA NEPHRECTOMIE, à moins

de contre-indications. Et nous grouperions ainsi ces contre-indications :

Tuberculose par trop généralisée et trop avancée.

Tuberculose rénale bilatérale.

Tuberculose secondaire de la vessie et des organes génitaux.

Insuffisance fonctionnelle du rein opposé.

Déchéance générale marquée de l'économie.

Encore convient-il d'ajouter qu'une tuberculose pulmonaire ... à ses débuts ne contre-indique pas l'opération, pas plus que la simple présence d'albumine dans l'urine du rein opposé, voir même tout le contraire, pas plus enfin que des lésions vésicales légères, qui rétrocèdent et guérissent souvent après l'ablation du foyer causal.

Mais cette néphrectomie, n'est-elle pas activement mortelle et guérit-elle parfois ?

Écoutons Kummel : Sur 58 opérés, six meurent des suites opératoires, vu leur mauvais état général antérieur. Des 52 qui quittent l'hôpital, 40 personnes persistent encore guéries 10 ans après. 10 p. c. des malades d'Israel succombent aux suites opératoires, 5.8 p. c. de ceux de Kronlein, 33 p. c. de ceux de Morris. Les résultats de Tuffier sont meilleurs et avec Lorenzo la mortalité opératoire tombe à 4 p. c.

Mais je laisse le dernier mot au nouveau maître de Necker, le professeur Albarran : Alors, dit-il, que la néphrectomie globale des chirurgiens enrégistre une mortalité opératoire de 12 p.c. notre statistique personnelle portant sur plus de 100 opérés n'enrégistre que 2.6 p. c., de mortalité. Et nous relevons 22 opérés de plus de . ans, 14 de plus de 6 ans et 3 de plus de 9 ans.

RAPPORT SUR LA TUBERCULOSE RENALE

—

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

M. le Président, Messieurs,

Il n'y a qu'un seul traitement curatif et radical de la tuberculose rénale ; et ce traitement, pour donner ses meilleurs résultats, doit être appliqué le plus tôt possible. Il importe donc, au premier chef, pour le praticien ordinaire de pouvoir reconnaître dans une séméiologie quelquefois obscure, toujours assez complexe, les *signes de cette affection*, et comme conséquence, de diriger le traitement de ses malades dans une bonne voie.

Au lieu de montrer les différentes formes de tuberculose rénales avec leurs symptômes, il sera préférable, je crois, de prendre les signes un par un en insistant sur leur valeur relative et sur leur fréquence.

Et le premier symptôme, non pas dans l'ordre de l'apparition, mais dans l'esprit du malade, c'est bien la douleur ; vague, diffuse, sensation de pesanteur plutôt qu'autre chose ; elle siège quelquefois à la région lombaire, où elle court grand risque d'être affublée du titre de tour de rein, et de se voir enterrée sous un sale et vulgaire emplâtre ; plus souvent elle est localisée dans le périnée, à la région hypogastrique, ou dans la verge où elle peut être confondue avec les douleurs provenant de cystite, d'urethrite, ou de calcul vésical.

Mais cette douleur ne peut guère servir au diagnostic, elle n'est pas constante, et sa localisation même n'indique pas nécessairement le côté malade.

La polyurie est fréquente, elle varie de 1500 à 3000 grammes. L'urine au début est claire, limpide, légèrement albumineuse, et contient assez souvent des hématies. La polyurie est commune à plusieurs affections à la pathogénie desquelles le rein n'a rien à voir, mais la présence de globules rouges dans

l'urine semble être l'apanage de la tuberculose rénale, et en constitue un des signes les plus avancés. L'augmentation de quantité passe très souvent inapperçue des malades et ne se découvre qu'au moment ou l'on fait recueillir les urines des 24 heures.

La pollakyurie est un des grands symptômes de la tuberculose rénale. Elle s'installe lentement, sournoisement, sans que le malade puisse s'en apercevoir ; et ce n'est que par le chemin parcouru qu'il peut juger de sa vitesse, n'ayant pas conscience du mouvement. Il y a six mois, il urinait 4 fois par jour et pas du tout la nuit. Aujourd'hui, il urine six fois le jour, 1 fois la nuit ; dans un an il urinera toutes les heures et le temps viendra ou il n'aura plus guère autre chose à faire que pisser. La pollakyurie est continuelle, jour et nuit, sans les rémissions nocturnes du calcul vésical. Associée à la polyurie chez des jeunes gens affaiblis et amaigris, elle fera bien souvent soupçonner l'infection bacillaire du rein. On trouve quelquefois dans les urines claires des bacilles tuberculeux sans pour cela que le malade ait des reins tuberculeux. Ces bacilles ont été soit entraînés mécaniquement soit éliminés par le rein au même titre que les principes extractifs de l'urine.

La pyurie est le grand symptôme. Elle peut éclater subitement et revenir par accès dans cette forme que l'on a appelée vomique rénale, ou elle peut apparaître graduellement ; alors le pus, plus ou moins abondant, nage dans une urine légèrement acide, il se dépose mal et laisse l'urine sale, grisâtre, comme de l'eau de lavage, c'est l'urine lavée de Guyon. L'acidité de l'urine permet d'éliminer les infections vésicales, et l'urine lavée, les suppurations uréthrales ou périuréthrales. Le pus tuberculeux épais peut donner lieu à de véritables coliques néphritiques dont il faut ultérieurement reconnaitre l'origine.

Le sang d'ailleurs, comme le pus, peut donner lieu à des coliques dont on reconnaîtra l'origine par la présence dans l'urine de caillots sanguins allongés présentant un véritable moulage de l'urétère.

Pour caractériser ce pus, il faut y trouver le bacille tout d'abord.

L'hématurie est de deux sortes, au début de l'affection, dans les formes congestives on peut avoir, signe du début, des

petites hémorrhagies souvent répétées qui viennent par crises et occasionnent un léger pissement de sang pendant quelques jours, et se répètent après plusieurs jours d'intervalle durant lesquels l'urine est absolument claire. A une période plus avancée, l'hémorrhagie change d'aspect, elle est alors due à l'ulcération d'un vaisseau par le processus tuberculeux, et elle se présente sous forme d'hémorrhagie plus abondante, remplissant quelquefois la vessie et donnant lieu à des mictions de sang pur et c'est dans cette forme que l'accident de coliques, à la suite d'élimination de caillots, arrive le plus fréquemment. Cette hémorrhagie est venue pendant que l'urine était pleine de pus ; quand elle cesse, le pus continue comme si rien n'en était, comme un tuberculeux des poumons continue de cracher après une hémorrhagie.

La dysurie ou douleur à la miction est un symptôme des stages avancés de la maladie ; elle n'arrive guère qu'au moment où la vessie est prise, elle est alors continuelle, ou presque, ne laissant de répit qu'au moment où la vessie recommence à se remplir.

Les deux derniers symptômes peuvent manquer complètement ou s'arrêter brusquement après avoir duré un certain temps dans cette forme que l'on a appelée la tuberculose fermée ou l'abcès froid du rein.

Le rein étant alors remplacé par une large poche contenant du pus, et l'urèthre obstrué fermant les voies de communication entre le rein et la vessie. Et alors il n'y a que la présence d'une tumeur comme signe de cette tuberculose fermée.

A côté de ces symptômes urinaires les symptômes généraux sont les mêmes que toute autre consomption : pâleur, faiblesse, perte d'appétit, amaigrissement, fièvre ; cette dernière ne s'établit qu'après un certain temps et semble être en rapport avec la formation du pus.

La lenteur de l'évolution enfin est un signe précieux. Il suffit souvent d'éliminer l'infection gonococcique par l'histoire et le microscope pour arriver au diagnostic.

Mais il ne suffit pas d'établir l'existence de la tuberculose rénale, encore faut-il, pour pouvoir y appliquer le vrai remède, trouver qu'un des deux reins est malade et que l'autre est sain.

Cette détermination, simple quand le rein est assez gros

pour former une tumeur, devient des plus difficiles si l'on ne peut palper le rein. Aussi s'est-on ingénié à découvrir des moyens spéciaux, et il y a déjà longtemps que l'on recommandait de masser alternativement les deux urétères pendant qu'une sonde laissait écouler rapidement au dehors les produits d'éjaculation alternative des urétères. Mais cette méthode ne mérite pas grande confiance. Les vrais moyens sont ceux d'examen direct. La cystoscopie, la division et le cathétérisme de l'urétère, voilà les trois méthodes de choix, qui dans une main habituée, doivent livrer les derniers secrets de la location rénale.

Le cystoscope sous toutes ses formes, et sous tous ses noms, permettra d'apprécier l'état de la muqueuse vésicale, les ulcérations qu'on peut y rencontrer et les déformations des régions urétérales. L'observateur pourra souvent surprendre l'écoulement du pus par un urétère et l'écoulement d'urine claire par l'autre, et le diagnostic sera fait.

Le diviseur vésical de Luiz ou de Cathelin, séparant par une membrane la cavité vésicale et laissant s'écouler dans deux vessies séparées les urines de chaque rein, permettra évidemment de montrer de quel côté vient ou le pus ou le sang.

Il y a certaines causes d'erreurs avec le diviseur, et de plus en plus, cet instrument autour duquel on avait fait grand bruit, semble perdre de la faveur.

Mais le cathétérisme des urétères, quoique plus difficile à pratiquer, donne des résultats tellement précis qu'il doit prendre le pas sur les autres méthodes. Malheureusement le maniement en est délicat et il n'y a que des mains très exercées qui puissent parvenir à le réussir habituellement.

L'épreuve du bleu de méthylène avait promis beaucoup, tout ce que l'on peut en attendre c'est qu'un individu qui élimine son bleu de méthylène dans le temps ordinaire doit avoir au moins un rein sain.

La présence d'un rein que l'on peut palper semblerait d'abord un signe spécifique de localisation, le rein sain en place étant généralement impossible à sentir entre ses doigts, cependant certains cas d'hypertrophie compensatrice peuvent amener à des désastres si le chirurgien se laissait guider par ce seul signe. Evidemment il n'est pas question ici de ces gros reins qui forment une véritable tumeur et où le doute n'est pas possi-

ble. Alors la lésion saute aux yeux et il ne reste qu'à distinguer entre la tuberculose et le cancer, ce qui est quelquefois impossible dans le cas où il n'y a pas de symptômes urinaires.

Le pronostic de la tuberculose rénale non traitée est sombre, tous les organes génitaux-urinaires vont se prendre et le malade ira mourir en consomption après avoir enduré toutes les douleurs que peuvent lui causer son rein et sa vessie.

TRAITEMENT

Il n'y a qu'un seul traitement de la tuberculose rénale, traitement effectif et curateur, c'est l'ablation de l'organe malade, et à cette idée, aujourd'hui acceptée dans tout le monde, s'attache le nom de M. Albarran, le brillant successeur du Prof. Guyon.

On a cherché à établir la guérison spontanée de la lésion tuberculeuse du rein comme on a établi la guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire par un processus de sclérose enveloppant les tubercules et les étouffant, mais plusieurs pièces anatomo-pathologiques, entr'autres une de M. Lecène, ont montré des tubercules en pleine évolution dans un rein en train de se scléroser.

Les divers traitements d'ordre général, les sérums, les tuberculines ont généralement échoué contre cette forme récalcitrante de la « plaie blanche » ; d'ailleurs, s'il faut faire des réserves pour l'avenir, qui nous donnera peut-être un vrai sérum curateur de toute tuberculose, il convient d'ajouter que les succès plutôt restreints et des sérums et des tuberculines dans tout le champ de la tuberculose ne sont guère de nature à nous en indiquer l'emploi dans la tuberculose rénale.

Sans doute, sous l'influence du repos et d'une hygiène soignée, aidés d'un régime généreux, on peut assister à un arrêt d'évolution de la maladie, mais le premier cas de guérison est encore à citer.

Aussi bien faut-il faire son deuil de cette guérison spontanée et trouver dans l'ablation du rein malade, le vrai moyen de guérison.

Mais avant d'enlever un rein reconnu malade, il faut s'assurer de l'intégrité de l'autre rein et des autres organes, car le

pronostic opératoire et définitif varie dans de grandes proportions. Ainsi il faudra s'abstenir d'opérer un malade dont le second rein est touché ou dont d'autres organes importants sont touchés ; il n'y a d'exception que pour la vessie, on voit couramment des vessies profondément atteintes se guérir à la suite d'une néphrectomie.

L'ablation d'un rein tuberculeux chez un individu d'autre part sain, si elle n'est pas environnée de diffiultés considérables, ne peut être considérée comme une intervention grave, et l'on peut espérer une guérison opératoire de 95 à 98%. Sans doute le pronostic éloigné n'est pas aussi favorable, car un individu déjà tuberculeux peut bien localiser dans un autre organe une infection à laquelle il est plutôt facilement accessible, mais les survies de 5, 15, 20 ans ne sont pas rares.

La mortalité de la même opération chez un individu dont le second rein est même légèrement atteint s'élèvera facilement à 20, 25 et 30% avec en plus la perspective du développement ultérieur de la lésion incontrôlable et fataie.

Par contre, l'ablation d'un rein tuberculeux chez un malade porteur de quelques petites lésions tuberculeuses, soit pulmonaires, soit ganglionnaires, sera souvent suivie d'une amélioratiaon sensible de l'état général qui permettra à l'organisme de poursuivre victorieusement sa lutte pour la vie et de se débarrasser de l'envahissement bacillaire.

Il restera donc comme contr'indication à tout traitement opératoire complet l'envahissement des deux reins ou la prise du poumon ou d'un autre organe important.

Dans certains de ces cas, pour vider des collections purulentes ou pour soulager des douleurs par trop fatiguantes on pourra faire le néphrotomie. Mais cette intervention est souvent suivie de fistules purulentes et urinaires qui diminuent beaucoup les bienfaits de l'intervention.

La néphrectomie est une intervention bien réglée ; elle est très simple quand le rein n'est pas fixé dans sa loge par des adhérences considérables, et peut devenir des plus laborieuses par suite de périnéphrite adhésive ou suppurée.

L'incision curvo-rectiligne de Guyon ouvrira une large voie à la main du chirurgien, passant entre les muscles du dos et le

bord postérieur des muscles larges de l'abdomen, il ira dans la loge rénale, séparer le rein de son atmosphère graisseuse, luxer le pôle inférieur puis le pôle supérieur et enfin sortir le rein complètement à sa suite. La ligature du pédicule se fera soigneusement en prenant chaque vaisseau séparément.

L'urétère sera ligaturé et coupé au thermo-cautère et la cavité drainée pendant les premieres 48 heures sera fermée par deux ou trois plans de suture suivant le goût de l'opérateur.

Les suites en sont ordinairement simples. Les urines un peu diminuées dans les 24 ou 48 heures (700 à 900 gr.) reprennent bientôt le volume normal qu'elles conservent dans la suite.

La néphrotomie comme la néphrectomie consiste d'abord à exposer le rein ; mais au lieu de le séparer complètement de ses enveloppes, il suffit de l'inciser du haut en bas sur la ligne médiane à la face dorsale. Des gros drains en tube de caoutchouc assureront l'écoulement des produits de suppuration. Cette néphrotomie n'empêche pas généralement le rein de fonctionner et d'éliminer les urines.

Et comme conclusion générale de cette revue, il serait à désirer que chez les malades qui présentent des symptômes urinaires quelconques on recherche méthodiquement la tuberculose rénale pour pouvoir faire profiter des malades d'une néphrectomie faite en temps opportun, c'est-à-dire le plus tôt posible.

P.-C. DAGNEAU.

LA MEDECINE ET LA RACE

Par le Dr ARTHUR ROUSSEAU
Professeur à l'Université Laval de Québec

Messieurs,

L'homme de science ne doit pas se limiter à l'objet direct de ses travaux : il n'accomplit avec une entière efficacité son œuvre de progrès qu'en recherchant sans cesse toutes les conséquences possibles de l'application pratique de ses connaissances.

Vous me permettrez, pour cette raison, Messieurs, à l'ouverture des séances de l'importante section de notre association, dont j'ai l'honneur d'être le président, de vous distraire un moment de vos préoccupations purement scientifiques.

Je ne puis oublier que notre réunion se fait au milieu des fêtes du troisième centenaire de la fondation de Québec, et, lorsque se pose, avec plus d'anxiété que jamais, la question de la destinée du groupe français dans la patrie canadienne, je m'arrête à la pensée, que, de tout temps, la médecine fut considérée comme une des forces tutélaires des nations.

Ne convient-il pas, Messieurs, que dans l'évocation des luttes séculaires que notre peuple a soutenues pour son existence, et aussi dans la vision troublante des dangers qui la menacent, nous adjurions la science divine, à laquelle nous nous sommes voués, d'exercer au milieu de nous la plénitude de son action bienfaisante pour la préservation, le relèvement et le renforcement viril de notre race.

Dans les temps reculés où les prophètes, les législateurs et les philosophes étaient les grands initiés de la médecine, l'homme lui fut, pour une bonne part, redevable de la force et du salut de l'élite des peuples. Mais aujourd'hui qu'affranchie du joug de la philosophie et des liens de la tradition, elle ne connait pour ainsi dire plus d'entraves au progrès et que, par un travail patient et

sir, elle sait arracher chaque jour au mystère les énigmes les plus secrètes de la vie matérielle, nous devons justement attendre d'elle plus de secours qu'elle ne put en rendre aux anciens.

Sa puissance est sans doute loin d'être incontestée, et de nombreux détenteurs raillent à l'envie, sous le nom de vaines prétentions, ses desseins les plus généreux.

Rien n'empêchera pourtant que le prodigieux effort scientifique, qui honore les temps présents, ne modifie profondément et renouvelle en plusieurs points les conditions de la vie humaine.

Et, pendant que la médecine poursuivra son rêve ambitieux de rendre le sort des hommes meilleur, il se trouvera, j'espère, parmi nous des artisans fidèles de son œuvre, qui, anxieux d'assurer à leur pays les primeurs de ses bienfaits, sauront largement contribuer à notre grandeur par le rapide et plein développement des énergies de notre race.

Les Canadiens-Français sont fiers d'une fécondité qu'ils ont quelque peu tort en vérité d'identifier avec la force. Néanmoins, ils ont conservé de leur origine, dont l'histoire vante la pureté sans tache, une vigueur qui pourrait soutenir la réputation des explorateurs hardis, des défricheurs laborieux et des rudes guerriers que furent nos pères.

La si persistante influence d'une hérédité saine à travers la suite des générations a été sans doute l'un des facteurs importants de la transmission jusqu'à nos jours de ce patrimoine de valeur physique. Mais nous la devons aussi, ne l'oublions pas, à l'attachement de nos ancêtres, à leurs principes religieux et à la morale chrétienne qui, dans la simplicité de leur vie primitive, furent le fondement de leur bonne hygiène.

Ce n'est pas en effet, une rencontre fortuite, mais c'est une association très logique que fut toujours l'union de la médecine avec la religion pour la sauvegarde de l'humanité.

La religion promulgue des lois répressives des passions qui entraînent l'homme hors des voies de la nature, souvent elle prête à la médecine l'autorité de ses commandements ; et la médecine, en retour, ajoute aux préceptes religieux des prescriptions qui, par le don du bien-être, assurent la stabilité de la vertu.

Or, si dans cette tâche, qui leur est commune, la religion fut toujours à la hauteur de sa mission dans notre pays, la médecine

malheureusement n'a pu trouver jusqu'à présent les moyens de remplir au complet son rôle de soutien de l'énergie nationale.

Et c'est pour étendre son action que je veux un instant encore invoquer le concours de la science et du patriotisme de chacun de vous.

Le médecin méconnaitrait de ses devoirs certainement la partie la plus élevée, s'il se montrait attentif seulement à traiter les malades et à remplir les obligations que lui imposent les lois sanitaires de son pays. Simple guérisseur où il doit exercer une sorte de ministère préposé à la mise en valeur aussi bien qu'à la défense de ce bien précieux qu'est la santé; ou encore agent obscur de l'État inapte à nous protéger efficacement contre le fléau des maladies, lorsque ses attributions naturelles devraient l'élever à la dignité d'éducateur, de conseiller du village, de la cité ou de la nation, en matière d'hygiène.

On rencontrait souvent naguère un type populaire de bienfaiteur de l'humanité que partout l'on nommait avec reconnaissance le médecin de famille. Il était assurément moins habile que le médecin d'aujourd'hui à guérir le mal, à soulager la souffrance ; mais il était un guide plus sûr des familles dans la vie, mieux informé de leurs besoins spéciaux, plus intéressé à leur de[illegible]

Plusieurs circonstances tendent de nos jours à le faire disparaître. La spécialisation à outrance, qui marque l'orientation nouvelle de la médecine devait nécessairement le faire plus rare. Mais si nous venions à le perdre tout à fait, nous aurions à nous en prendre surtout à l'enseignement qui ne semble avoir montré nulle part grand souci de le former.

Le praticien, qui a rapporté de l'école des notions précises sur la conduite à tenir en face des affections les plus diverses, se trouve dans le plus grand embarras, abandonné aux seules ressources de son expérience et de sa réflexion personnelle, toutes les fois qu'il a à déterminer les convenances possibles des opportunités ou des risques de la vie au tempérament, à la constitution et aux aptitudes des membres d'une famille!

Plus profitable encore à la nation que l'art de guérir serait pourtant la connaissance des meilleures conditions pour chacun de développement et d'utilisation des forces ; et nous avons le droit d'attendre d'une science, avide de progrès, qu'au lieu de le ré-

duire, elle multiplie le nombre des médecins aussi instruits, aussi soucieux, que des exigences de la maladie, des besoins qui se rattachent aux différentes modalités de la santé, capables par suite de comprendre et de remplir toute l'étendue de leur mission dans la famille et dans la société.

Il est étonnant que puissent se perdre des usages parfaitement adaptés à des conditions nécessaires du bien être. Cependant, du moment que l'homme, pénétré des idées chrétiennes, commença de rechercher son perfectionnement spirituel, il négligea les pratiques de culture corporelle qui furent chères aux anciens ; et les instincts puissants de la nature ne purent défendre, contre le mépris ...nis des corps périssables, les intérêts légitimes de la force et de la beauté.

Les institutions qui étaient leur soutien dans le monde disparurent peu à peu, pour faire place à des œuvres innombrables de secours aux faibles et aux malades. La médecine ne fut plus ...ée que des sentiments humanitaires qui régnèrent alors dans ...eurs devenus plus sensibles à la misère. Elle se fit uniquement l'instrument de la pitié. Elle se préoccupa peu de refaire ...igueur nouvelle aux débiles, satisfaite de les conserver à la ... Et la conséquence de ses soins fut souvent de perpétuer des ...s qui se rattachaient à la descendance indéfiniment prolongée ...privilégiés de sa sollicitude.

Regretterons-nous les temps de barbarie où les peuples sup...aient les éléments de leur faiblesse par le sacrifice des déshé... de la nature ? Assurément non !

Le monde ne saurait plus vivre désormais sans les concep... de justice supérieure et de solidarité humaine que le christianisme lui a révélées.

Il y aura toujours des œuvres admirables de charité à confier ... médecine. Mais celle-ci, de plus en plus engagée, en outre, ... des réformes, auxquelles l'invite une science encore relative... jeune devra aussi s'appliquer résolument dans l'avenir à ré...er par l'hygiène les hommes affaiblis durant des siècles ...andon d'une bonne éducation corporelle.

Les applications restreintes que certains philanthropes ont ... des principes hygiéniques ont suffi à en montrer la pleine ...ité pour le réconfort des classes pauvres.

De pareils résultats partout obtenus appellent des efforts généreux pour étendre sous toutes leurs formes et pour généraliser à tous les milieux les bienfaits de l'hygiène publique

Qu'il ne soit donc plus permis aux chefs de l'État, qui ont su pourvoir à l'amélioration de nombreuses espèces végétales et animales, de rester plus longtemps indifférents au seul perfectionnement de l'homme lui-même. Le moment est venu, pour nous en particulier, de couvrir le sol de la partie des œuvres de progrès humanitaire, afin que chaque semence nouvelle rapporte une plus brillante moisson de citoyens sains et robustes.

A ces œuvres la large contribution de l'État est évidemment indispensable Mais elles dépendent tout autant de l'action isolée, personnelle du médecin dans chaque famille.

Depuis la naissance jusqu'à la vieillesse des soins constants sont le prix d'une santé parfaite. Ils manquent en partie au plus grand nombre par suite ou d'ignorance ou de négligence. Qui pourrait penser, par exemple, s'il n'avait lui-même constaté ce triste dénûment, que l'air pur, la lumière et l'eau font défaut dans la plupart des foyers ? Les préjugés et l'absurde coutume les tiennent à la porte.

Et combien d'autres vices d'hygiène devrait-on corriger sans retard par une propagande médicale active !

Il faut secourir l'enfant qui souffre de la disette meurtrière de lait maternel, trop générale en certains milieux, il faut libérer celui qui, pendant les longs mois d'hiver, laissé à couvert des éléments vivifiants, pâlit d'une langueur qui ne le laissera peut être jamais. Une éducation sportive précoce est à créer qui atténue les faiblesses natives, mettre en pleine valeur toutes les facultés corporelles, et serve en même temps à supprimer des habitudes de flânerie déprimante par le goût des jeux réconfortants. L'école doit être assainie, l'enseignement réorganisé pour l'adaptation plus rationnelle des études aux capacités d'application de chacun. Il faut dans le choix des carrières ouvertes aux individus débiles donner des correctifs à leurs inclinations maladives. Il faut épurer l'alimentation, la proportionner aux âges, à l'activité, aux particularités de la nutrition et des tempéraments Il y a lieu enfin de chercher à l'occasion dans le mariage le contrepoids des dispo-

sitions héréditaires pathologiques que peuvent si lamentablement accentuer les unions aveuglément conclues.

Messieurs, je m'arrête. Je ne puis vous énumérer toutes les applications possibles des données de la science à l'accroissement de l'énergie, de la vitalité humaine. J'ai voulu simplement vous laisser voir que la réforme des conditions actuelles de l'existence offre un vaste champ à l'activité scientifique et au zèle professionnel du médecin, du bon médecin de famille surtout ; et dans ce champ peu cultivé je vous ai amenés, pour que, d'un coup d'œil mesurant l'immensité de ses ressources, vous vous plaisiez à y revenir l'explorer souvent, et que dans les moments graves de méditation où flotte dans l'esprit l'apparition des destinées lointaines de la patrie vous ne laissiez pas passer l'heure des résolutions généreuses, sans appliquer votre ardeur à le féconder de votre travail.

Les richesses que vous pourriez en tirer iraient vite en se multipliant. Elles donneraient la prospérité à la génération qui naîtrait de vous. Elles feraient grandes les générations qui suivraient.

La santé et les forces physiques ne garantissent pas seulement la possession des biens matériels. Elles sont la base solide des plus belles qualités morales, particulièrement du courage et de la confiance en soi, de la force de caractère et de la fierté, qui seuls peuvent soutenir notre peuple dans la voie périlleuse qu'il a à parcourir avant d'être affermi pour la durée.

Appliquons-nous donc, Messieurs, c'est notre meilleure manière à nous d'exalter l'œuvre de Champlain que Québec célèbre aujourd'hui au milieu de solennités magnifiques, appliquons-nous dans toute la mesure de nos moyens propres à développer chez les nôtres des dispositions heureuses de la nature. Et les efforts obstinés de ses rivaux avides de l'absorber, iront s'épuiser en vain devant la sérénité hautaine de notre race trop vivace pour se laisser altérer dans ses traits natifs, tenue d'ailleurs de rester française, si elle aspire à s'élever toujours.

LES CHIRURGIENS DU MOYEN-AGE ET LES CHIRURGIENS DE NOS JOURS

[illegible]
[illegible] à l'Université Laval à Montréal

Messieurs,

[illegible] cette tribune, je désire suivre l'excellente direc- [illegible] de mes distingués prédécesseurs, tout en me laissant guider [illegible] les belles traditions de notre importante Association, qui a eu [illegible] berceau cette vieille ville historique de Québec.

[illegible] je vous prie d'agréer mes remerciements pour le très [illegible] honneur que vous m'avez fait, en me confiant la présidence [illegible]

[illegible] d'hommes aussi éminents [illegible] je crois, d'éprouver un sentiment [illegible] d'inquiétude, lorsqu'il [illegible]

Mais pour me rassurer, j'évoque la pensée, que vous voudrez [illegible] articles fondamentaux du [illegible]

Messieurs, [illegible] en choisissant comme sujet [illegible] Mœurs de nos *Ancê-* [illegible] Chirurgiens du moyen-âge, suivie de quelques réflexions [illegible]

[illegible] les chirurgiens [illegible] être *propre* (je veux dire [illegible]) pour pratiquer [illegible] une opération chirurgicale, n'est-il pas légitime [illegible] émerveillé des progrès admi- [illegible] de la chirurgie [illegible] découvertes de l'immor- [illegible] médicales, et en parti- [illegible]

Aussi le chirurgien de nos jours ne doit plus être le personnage *légendaire* et *extraordinaire* qu'il a été depuis le quinzième jusqu'à la fin du dix-neuvième siècle.

Richerand écrivait en 1825 : " La chirurgie française naquit au XVI siècle, des travaux de deux hommes de génie, " *Ambroise Paré et Pierre Franco* ". Mais les études historiques si intéressantes, faites par E. Nicaise, nous apprennent que *Guy de Chauliac* et *Mondeville* sont les véritables fondateurs de la chirurgie didactique ; *la Chirurgie* de *Mondeville* est l'ouvrage le plus ancien de notre littérature chirurgicale. Les œuvres de *Franco* venant s'ajouter à celles de *Mondeville*, de *Guy* de *Chauliac* et d'*A. Paré*, constituent les traités des quatre fondateurs de la Chirurgie. Rendre hommage à de tels hommes, à l'occasion de notre Congrès, qui coïncide avec les fêtes commémoratives du [illegible] centenaire de la fondation de notre pays, est un devoir patriotique et professionnel que je suis heureux d'avoir l'occasion d'accomplir.

Après vous avoir rappelé quelques événements politiques des XV et XVI siècles, si intimement liés à l'histoire des chirurgiens, je vous dirai [illegible] l'enseignement de la chirurgie [illegible]

[illegible]

car le bon roi, qui avait voulu sévir durement contre les Parisiens, avait supprimé les privilèges de toutes les corporations

C'est ainsi que François Ier, en voulant protéger les arts, les lettres et les sciences, favorisa particulièrement la chirurgie. Il fonda le Collège de France en 1530, et y créa une chaire de Chirurgie, qui fut confiée à *Vidus Vidius*, recommandé par ses traductions d'Hyppocrate. Ce fut la Renaissance de l'art chirurgical.

A côté des travaux des *chirurgiens universitaires*, on voit apparaitre ceux d'une nouvelle classe de praticiens, ce sont les *chirurgiens indépendants*, les *opérateurs*, les *maitres*, comme dit Franco, les *périodeutes*, les *barbiers*, les *inciseurs*, les *herniaires*, etc., parmi lesquels il y a des opérateurs hardis, qui ont fait faire à la chirurgie ses plus grands progrès, pendant le XVIe siècle ; mais bien peu ont laissé des écrits. A ces hommes appartiennent *Ambroise Paré*, *Franco* et *Wurtzius*.

En dehors des livres produits par les *chirurgiens*, la littérature chirurgicale s'augmenta des ouvrages des Anciens, que les hommes dévoués avaient traduits d'après les originaux, abandonnant les traductions des Arabes.

Telles sont les ressources avec lesquelles l'imprimerie a commencé à vulgariser les connaissances médicales, préparant ainsi les esprits à profiter de l'observation de la nature, au lieu de s'en tenir à la lettre des écrits des *Anciens*, dont la méthode scolastique ne permettait pas de s'écarter.

D'après E. Nicaise, l'histoire du Collège de Chirurgie, qui se confond avec celle des chirurgiens de Paris, n'a jamais été écrite complètement : elle présente cependant un grand intérêt, non seulement au point de vue local, mais aussi à celui de l'histoire de la chirurgie en général, d'autant plus que le Collège de Saint-Côme, fondé comme je l'ai dit, par François Ier, fut, pendant longtemps, la *Seule Ecole de Chirurgie* qui existât en *Europe*.

En dehors des chirurgiens de St-Côme, qui ne quittaient pas *Paris*, la *chirurgie* était partout entre les mains des *barbiers*, des *charlatans*, et des *opérateurs ambulants*, praticiens aussi ignorants qu'audacieux. Il y eut cependant d'heureuses exceptions pour le plus grand bien de la chirurgie.

Le Collège de St-Côme luttait énergiquement pour l'indépen-

dance de la chirurgie, et cela, à une époque où partout elle était subordonnée à la médecine qui la méprisait.

Il ne faut pas confondre les *chirurgiens de Saint-Côme*, avec les barbiers-chirurgiens.

Les chirurgiens de Saint-Côme, tout en faisant œuvre de leurs mains, voulaient conserver cependant leur dignité, en tenant compte des préjugés de l'époque ; aussi abandonneraient-ils certaines opérations à d'autres praticiens. Il faut se rappeler que dans la société féodale d'alors, celui qui faisait œuvre de ses mains, était tenu éloigné de la noblese et du clergé. Il était donc presque indigne et dégradant d'être chirurgien.

C'est ainsi qu'il y eut à Paris une troisième classe de praticiens, qui était formée surtout par les barbiers.

Il ne manquait pas de praticiens pour soigner les blessés, alors nombreux, car les *chirurgiens d'occasion*, les *barbiers*, les *rebouteurs* se présentaient en nombre. De là une grande confusion quand il s'agit de distinguer les uns des autres, les praticiens de cette époque et leurs abus.

C'est pour réprimer ces derniers, que le *Prévot* de Paris fit appel à la Corporation des Chirurgiens.

A Paris plus qu'ailleurs, la chirurgie était dédaignée par la Faculté, qui avait défendu à ses élèves de s'en occuper.

A côté des Physiciens, Médecins, Clercs, Docteurs, Régents de la Faculté de Médecine, lesquels étaient peu nombreux, et n'exerçaient pas la *chirurgie*, il y avait donc les Maitres de la Confrérie de Saint-Côme et Saint-Damien, qui se contentaient de panser les malades, et qui par dignité, voulant se rapprocher des médecins, finissaient par abandonner aux barbiers la plupart des opérations. Généralement la *chirurgie* et la *barbarie* étaient réunies et les barbiers chirurgiens formaient des corporations, dont les autres obtenaient des municipalités, la licence d'exercer la *barbarie*.

Parmi les *Physiciens*, clercs et celibataires certains ne touchaient pas les malades ; ils parlaient, mais n'agissaient point, donnaient des consultations chez eux, à distance, en examinant les urines et interrogeant le messager.

A côté de ces physiciens, il y en avait d'autres, qui allaient voir les malades et d'autres encore qui faisaient les pansements

et les opérations , quelques-uns de ces derniers étaient à la fois, médecins et chirurgiens, d'autant plus, que ce que l'on entendait alors sous le nom de chirurgie se résumait à peu de chose.

Le *Chirurgien* n'opérait ni les hernies, ni la pierre, ni la cataracte, etc., ne faisant aucune opération préventive, il n'intervenait qu'*in extremis.* Ces praticiens étaient désignés sous différents noms, on les appelait *médecins-chirurgiens, médecins opérants, médecins manuels,* ou *médecins maitres en chirurgie.*

Parmi cette foule de praticiens, nous devons, écrit E. Nicaise, donner une mention particulière aux *Opérateurs* ou *Maitres*; nom sous lequel on désignait ceux qui pratiquaient les opérations délaissées par les Maitres en Chirurgie, hernies, pierres, cataractes, etc., en un mot toutes les opérations dont les conséquences pouvaient être graves ou mortelles. Keister peut dire encore au XVIIIe siècle : " Nos chirurgiens avaient honteusement abandonné les plus belles et les plus difficiles opérations de leur art, aux *empiriques* et aux *charlatans* : se contentant eux-mêmes de savoir guérir une plaie de peu de conséquence, faire une saignée, ouvrir un abcès, ou remettre tout au plus un os dévié ou cassé."

Si les *chirurgiens* avaient abandonné ces opérations, c'était dit Franco, " non poinct pour ce qu'ils méprisassent l'œuvre m l'ouvrer, mais d'autant qu'ils estimoyent telles choses estre de grande importance et subjette à calomnie."

Cependant le danger à courir n'était pas le même pour tous car Franco ajoute : " S'il advient qu'un patient meurre entre les mains du *médecin*, il est toujours excusé en partie : Aussi est l'*apothicaire* : le *chirurgien* qui exerce cette partie, est aussi excusé aucunement.

Mais nous, si ce qu'aurons entrepris ne succède toujours [illegible] tant s'en faut que nous soyons au [illegible] appellera *meurtriers et bou*[illegible] [illegible] gaigner les champs.

Franco ajoute [illegible] que les méchanceté [illegible] ance ne [illegible] de chirurgie [illegible] car estre [illegible] neantmoins, sans aucun [illegible] prendre de guérir toutes [illegible] moyennant qu'ils pu[illegible]

sent attraper argent du pauvre simple peuple ; lequel ils séduisent et enchantent par leurs menteries et belles paroles, au grand dommage des pauvres patients, qui sont menés bien souvent à la mort par tels affronteurs, qui commettent infinis larcins, en mettant en avant leurs superstitions et charmes. . . .

Pourquoy je suis contraint de faire ici maintenant un écrit d'aucunes des tromperies et pilleries qu'ils commettent.

Comme pour avoir passé une hernie, ils attrapèrent outre leur [illegible]ver accordé, un linceul, et pour la pierre, une nappe, et des cata[illegible]actes, deux serviettes et deux couvre-chefs : disans que ce leur [illegible]partient, ce qui est faux. Outre ce font donner argent, aux [illegible] treize liards, ou treize blancs, ou treize sols, ou plus, selon [illegible] gens auxquels ils ont à faire."

Franco nous donne ici un tableau assez fidele de la chirurgie [illegible] XVIe siècle, il est affligé de telles pratiques et de telles igno[illegible]ances, mais, " Bien est vray, dit-il que telles vilenies ne doivent [illegible]tre cause qu'un tel art tant profitable et nécessaire soit méprisé [illegible] obscurcy." C'est avec raison qu'il soutient que " si les méde[illegible] et les chirurgiens, étaient plus instruits, il y aurait moins de [illegible]arlatans."

A cette époque les médecins faisaient une lutte acharnée aux [illegible]urgiens. Pour bien saisir le caractère de la lutte entre les [illegible]decins et les chirurgiens, il faut se représenter ce qu'étaient les [illegible] professions. La *chirurgie* était considérée comme un art [illegible]anuel, les *Chirurgiens* comme des ouvriers, la médecine étant un [illegible] libéral, la profession de *médecin* était noble, par rapport à [illegible] de *chirurgien*. Celui-ci devait être subordonné au méde[illegible]in. [illegible] la le conflit des intérêts et des prétentions entre *méd[illegible]ins et* [illegible] *[illegible]iens*

La chirurgie était, en effet, dans une triste situation. Béren[illegible] de Carpi se plaint du charlatanisme des chirurgiens, et de [illegible]orance commune des *médecins* et des *chirurgiens*

" De nos jours, dit-il, les médecins dédaignent le titre de chi[illegible]ien ; cependant, quand il s'agit d'empocher l'argent, ils [illegible]ent qu'ils savent la chirurgie. Mais ils déclarent qu'ils [illegible] pas le courage nécessaire pour les opérations ; et pour avoir [illegible] au bénéfice, ils amènent avec eux de pauvres petits *chirur*[illegible] (chirurgules). Et cependant, que la pe[illegible] soit avec eux, [illegible]

mais ils ne sont pas *médecins honnêtes*. Je crois bien qu'il y en aurait beaucoup de ceux dont je parle, qui feraient les opérations s'ils savaient les faire : et la meilleure raison pourquoi ils n'opèrent point, c'est qu'ils ne savent rien. Il n'y a en effet de *chirurgiens* habiles, que ceux qui sont adonnés à l'art, dès leur enfance. Mais ceux-là sont rares aujourd'hui, surtout parmi les lettrés, aussi y a-t-il disette de *chirurgiens* et comme dit Hyppocrate, "beaucoup en prennent le nom, et peu en connaissent l'œuvre."

De nos jours, Messieurs, si c'est une bien grande satisfaction pour l'esprit d'admirer les étonnants progrès des sciences *médicales*, n'est-il pas *un peu triste*, de constater que les mœurs des praticiens, n'ont pas beaucoup changé ?

En effet, comme au moyen âge, tout le monde a le droit de pratiquer la chirurgie. Certains ne font de la chirurgie qu'un métier facile à exploiter. Le médecin chirurgien, sous le prétexte de guérir, peut impunément disposer de la vie et de la santé de qui vient le consulter : il peut le laparotomiser, l'amputer, voire même lui ravir la vie, etc., etc., pourvu que ce soit dans les formes professionnelles, c'est-à-dire, sous le couvert d'une technique, et d'une décision dont il se fait seul juge. Les charlatans et rebouteurs, les marchands de pilules exercent encore librement.

Le public subit, sans la moindre velléité de résistance, ces arrêts souvent irréparables. Il ne lui vient même pas à l'idée de les critiquer.

Comme la mission du *chirurgien* est souvent une des plus hautes magistratures de la société humaine ne devrait-il pas y avoir une Corporation spéciale des Chirurgiens ?

Cette corporation serait soumise à un code très sévère, qui assurerait la compétence, et l'honorabilité de ses membres.

J'ai cru bon, Messieurs, de formuler devant vous, ces vœux, qui vous paraîtront peut-être un peu hardis, mais qui se réaliseront un jour, je n'en ai pas de doute.

LE SANATORIUM, LE DISPENSAIRE ET L'HOPITAL SPECIAL POUR LE TRAITEMENT DES TUBERCULEUX

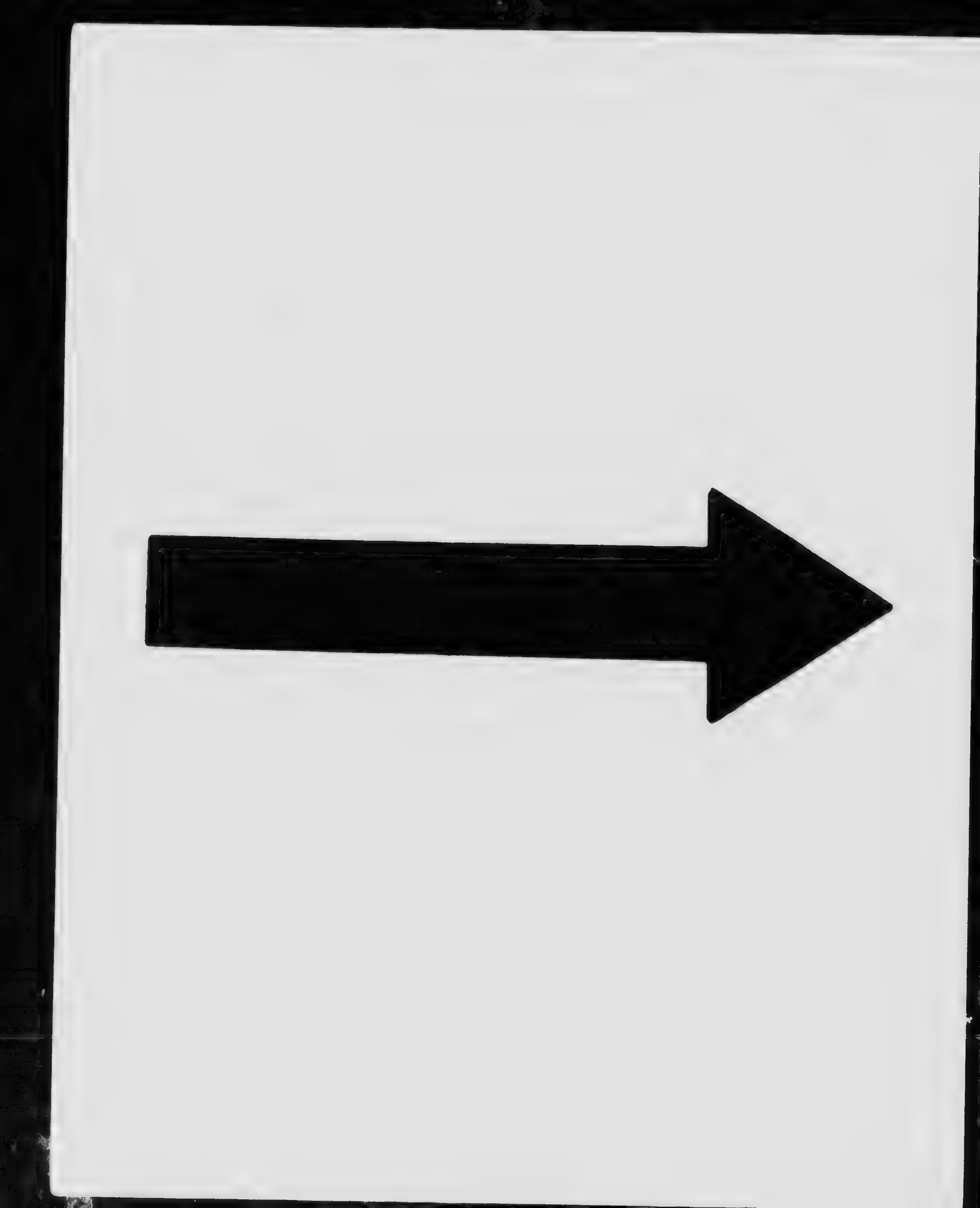
le Dr S.-A. Knopf, de New-York, prof. au New-York Post-Graduate Medical School and Hospital, Directeur de la Clinique Pulmonaire et médecin chef du Riverside Sanatorium de la ville de New-York, Médecin consultant des Sanatoria de St-Gabriels, Binghampton, Scranton, etc., aux Etats-Unis.

M. le Président, Messieurs,

Trois sortes d'institutions sont non-seulement les plus importantes, mais encore absolument indépendantes dans la lutte contre la tuberculose. Il faut parler tout d'abord du dispensaire. Au point de vue historique, le premier dispensaire, tel que nous le comprenons aujourd'hui, fut établi à Edimbourg, en 1887, par le Dr R.-W. Philip. C'est donc au Dr Philip qu'appartient l'honneur d'être le père des dispensaires pour tuberculeux. Après le Dr Philip, il faut rendre hommage au professeur Calmette de l'Institut Pasteur, de Lille, à qui l'on doit la création, en l'année 1900, du dispensaire anti-tuberculeux Emile Roux, à Lille.

Mais c'est cependant six ans auparavant, en 1894, aux Etats-Unis, que le premier dispensaire privé pour le traitement des tuberculeux fut établi par le Dr Edward J. Bermingham. C'est enfin dix ans plus tard, en 1904, grâce aux efforts de mon maître et ami, le professeur Hermann M. Biggs, officier général Médical de la ville de New-York, que fut établi dans cette ville le premier dispensaire municipal. J'ai l'honneur d'avoir été attaché pendant plusieurs années au dispensaire fondé par M. Bermingham, et d'être le directeur de la clinique municipale fondée par la ville de New-York, depuis son ouverture en mars 1904.

Il y a quelques années que l'idée de fonder des dispensaires pour tuberculeux semble avoir germé dans divers pays. Et à ce



propos je suis fier de pouvoir citer pour les Etats-Unis les faits suivants : Nous avions en 1905 quinze dispensaires pour tuberculeux, et aujourd'hui, d'après la statistique fournie par M. Farrand, le Secrétaire de notre Association Antituberculeuse Nationale, nous avons en ce moment pas moins de 140 dispensaires antituberculeux, dont 85 établis seulement dans les derniers six mois.

Après ce court aperçu chronologique, permettez-moi de vous dire quelques mots sur le but d'un dispensaire, et je ne ferai d'ailleurs que répéter ici ce que je disais, il y a quelques années, dans un discours devant l'Académie de Médecine de New-York, sous le titre de " The Modern Tuberculosis Dispensary. " Les buts à atteindre par un dispensaire pour tuberculeux sont donc les suivants :

1e. Le diagnostic précoce et certain de la tuberculose par tous les moyens physiques, bactériologiques, etc.

2e. Soigner les malades ambulants, leur donner les médicaments, les conseils hygiéniques et diététiques, leur enseigner verbalement et au moyen d'instructions imprimées les soins à prendre pour éviter l'infection des autres et d'éviter de se réinfecter eux-mêmes.

3e. Leur donner des crachoirs de poche., des médicaments, du lait et des œufs gratuitement.

4e. La visite et l'observation hebdomadaire des malades à leur domicile par des infirmières qui devront en faire le rapport au médecin traitant.

5e. Faire entrer les malades soit dans un sanatorium, soit dans un hôpital si le traitement ne peut pas se faire avantageusement au domicile du malade.

6e. L'examen physique de tous les enfants et des autres membres de la famille afin de reconnaitre la contagion tuberculeuse le plus tôt possible pour mettre immédiatement le malade en traitement.

Grâce à une loi que nous possédons à New-York, notre département d'hygiène publique (Board of Health) a le droit d'obliger un malade tuberculeux à entrer dans une de nos institutions hospitalières si d'après l'opinion du médecin traitant, le malade ne se trouve pas chez lui dans des conditions sanitaires suffisamment rigoureuses pour protéger les autres.

Cela vous intéressera peut-être d'apprendre que nous avons partagé en quelques sortes la ville de New-York, en districts dispensaires et que le chef clinique est en communication permanente avec le Secrétaire-Général de l'Association de ces dispensaires antituberculeux. Un malade ne peut donc pas ainsi se servir de plusieurs dispensaires à la fois. Et de cette façon il ne peut recevoir des médicaments, des œufs et du lait que d'une seule source.

D'autre part un malade qui demeure au bas de la ville ne peut pas être traité au dispensaire situé au haut de la ville. Nous évitons ainsi non seulement les dépenses inutiles, mais par ce système nous évitons surtout la multiplication des efforts.

Après le dispensaire vient l'hôpital spécial. Ainsi que je viens de vous le dire le dispensaire sert de centre distributif des malades dans les diverses autres institutions antituberculeuses : hôpitaux spéciaux et sanatoria Comme nous l'avons vu le dispensaire sert à soigner les malades ambulants et à leur donner les enseignements hygiéniques, diététiques et prophylactiques. Il donne en plus sans frais aux malades des crachoirs de poche, des médicaments, des œufs et du lait, tout cela pour obtenir la guérison certaine le plus tôt possible.

L'hôpital spécial pour tuberculeux sert à recevoir les malades qui sont trop avancés pour le sanatorium. Cet hôpital sert à diminuer les foyers d'infection et de propagation de la tuberculose car il reçoit non seulement les malades avancés mais encore les malades qui constituent pour des raisons diverses un danger pour le voisinage.

Parmi les malades de l'hôpital spécial, qui de préférence devrait être situé non loin des centres populeux, on peut choisir aussi des candidats pour le sanatorium car souvent un court séjour dans un tel endroit pour un tuberculeux peu avancé le prépare efficacement pour le traitement dans un sanatorium.

Au Congrès de la Tuberculose de Paris, il y a trois ans, il m'a été permis de parler de la mission Médicale et Sociale du Sanatorium pour Tuberculeux. Permettez-moi, de vous répéter ici quelques phrases de ce discours, car mes convictions, à propos de l'importance du sanatorium, ont nullement changé depuis.

Le Sanatorium pour tuberculeux, tel que nous le voyons de nos jours, dans tous les pays civilisés, n'existe que depuis un demi-

siècle. En 1839, Bodington de Warwickshire, en Angleterre, eut le premier l'idée de mettre les malades dans un établissement où ils trouveraient un traitement approprié : suralimentation, chambres aérées jour et nuit, etc., le tout sous la direction et la surveillance constante du médecin.

L'Allemagne doit son premier sanatorium à Brehmer, et les Etats-Unis à Trudeau. C'est à la France que revient l'honneur d'avoir construit le premier sanatorium pour enfants tuberculeux. Grâce à l'énergie infatiguable et à la philanthropie de notre très regretté maitre Grancher, la France tient aujourd'hui la première place dans cette grande œuvre des sanatoria pour enfants.

Des volumes ont déjà été écrits sur la question des sanatoria pour adultes et enfants tuberculeux. Le temps limité mis à ma disposition ne me permettra qu'un court résumé de la question.

Tout danger de contagion disparait avec l'entrée du tuberculeux dans le sanatorium et l'établissement offre au malade toutes les chances possibles de guérison. Ces résultats sont de 25 à 75% selon le genre de ces établissements, les uns recevant tous les malades, à quelque degré qu'ils soient, les autres ne recevant que les malades de date récente. Si la maladie est arrivée à une période avancée, le patient trouve le confort dans le sanatorium et il y est l'objet de tous les soins médicaux dont dispose la thérapeutique.

Le sanatorium enseigne que la phthisiophobie (peur exagérée de la présence d'un phthisique) est une injustice et une cruauté. Il prouve que les poitrinaires qui se soignent consciencieusement ne sont nullement à craindre et que le sanatorium pour poitrinaires n'est pas un danger pour le voisinage.

Toute cure possible est opérée dans le sanatorium et cela presque indépendamment de la question de climat, une fois retourné dans son foyer, le malade devient un bien pour son entourage, car son retour est la preuve qu'on guérit de la tuberculose.

Le pensionnaire du sanatorium apprend la nécessité et l'importance de l'air pur. Il comprend la valeur d'une nourriture simple et saine.

Les cures opérées dans les sanatoria pour enfants représentent une moyenne de 75%.

Il en résulte que nombre de pauvres êtres portant en eux les

germes de la maladie et exposés à devenir difformes et estropiés, sont ainsi épargnés grâce aux sanatorias.

En dehors de la mission purement médicale du sanatorium ainsi résumée, voici sa mission sociale.

Dans le sanatorium se développent de hauts sentiments tels que la charité, la bienveillance, la compassion. Le sanatorium combat l'alcoolisme comme maladie sociale. On y enseigne que l'alcool n'est pas un aliment, encore moins un remède pour le tuberculeux, et que cette croyance est une erreur pernicieuse.

Ceux qui ont mené une vie déréglée apprennent à se mieux conduire et ceux à qui l'éducation a manqué, peuvent en acquérir.

Dans plusieurs sanatoria populaires, par des conférences, des discours et des formations de Clubs, on enseigne la Géographie, la Botanique, et d'autres sciences naturelles. On y enseigne surtout la nécessité de l'air pur et l'importance de la propreté ; et ainsi on parvient à prévenir le mal, non seulement de la tuberculose, mais de bien d'autres maladies encore, dues à une atmosphère viciée, à la malpropreté, au manque d'hygiène et aux habitations insalubres.

Les jeunes médecins servant au sanatorium en qualité d'aides-médecins s'y forment sous bien des rapports.

Ils deviennent très habiles en diagnostic et arrivent à reconnaître sûrement les premiers symptômes de la maladie. Le sanatorium enseigne en outre aux classes dirigeantes que l'ouvrier doit recevoir un salaire suffisant et qu'il doit habiter et travailler dans des maisons salubres.

Cette pensée a inspiré dernièrement en Amérique M. Phipps, qui a donné à la ville de New-York la somme d'UN MILLION de dollars pour la construction de maisons modernes, salubres pour l'ouvrier.

Le sanatorium enseigne encore que le surmenage est un mal pour l'adulte et que le travail de l'enfant est une cruauté.

Les Associations antituberculeuses, les dispensaires et les hôpitaux spéciaux, tous, ont une grande mission dans cette croisade contre une maladie si répandue. Mais, entre tous, le sanatorium a sûrement la plus grande mission. Il ne se borne pas à combattre la tuberculose parmi le peuple, il améliore le sort du peuple, et développe ses bons sentiments.

On a déjà fait beaucoup dans la guerre antituberculeuse dans tous les pays civilisés. Aux Etats-Unis nous pouvons compter déjà 162 associations antituberculeuses et le nombre des sanatoria aux Etats-Unis, qui en 1905 était seulement de 96, se trouve monté aujourd'hui à 184, et celui des dispensaires antituberculeux à 140.

Le Canada n'est pas resté en arrière dans cette lutte antituberculeuse. Selon des renseignements reçus de mes amis les Drs J. H. Elliott de Gravenhurst et Arthur J. Richer de Montréal, et des MM. Moore, Secrétaire de l'Association Canadienne pour la Prévention de la Tuberculose, il se trouve à ce moment dans votre beau pays 38 associations, 12 sanatorias et 4 dispensaires.

Vous avez même quelque chose en plus, quelque chose d'unique qu'on ne trouve nul autre part. Vous avez à Ste-Agathe des Monts un Préventatorium, c'est-à-dire, un établissement qui reçoit les malades seulement prédisposés à la tuberculose et où on les préserve contre le développement de la phtisie pulmonaire. Ce préventatorium doit son existence aux efforts infatigables de M. le Dr Richer de Montréal et à la bienveillance et la générosité des dames de cette ville. Le préventatorium est une conception canadienne et celle d'un Canadien, qui l'a construit dans votre pays, et vous pouvez être fier de lui.

Partout dans le monde civilisé on travaille contre ce fléau connu sous le nom de tuberculose. L'on a fait beaucoup, mais il y a encore beaucoup à faire.

Etablissons donc partout des associations antituberculeuses ayant pour but d'éduquer, d'instruire et de renseigner le peuple ; bâtissons des dispensaires et des hôpitaux spéciaux, surtout bâtissons partout des sanatorias où il en est besoin.

Mais n'oublions pas de garder un sentiment de profonde reconnaissance pour le grand nombre d'humbles praticiens qui nous ont aidé et qui nous aident encore avec désintéressement pour l'exécution de ces grandes entreprises. Eux, plus que personne, ont travaillé et travaillent à la solution du grand problème de la tuberculose. Exprimons aussi notre profonde reconnaissance et notre admiration pour tous ceux qui, en dehors de la profession médicale, ont contribué et contribuent à cette grande œuvre, en donnant leur argent, leur labeur, leur cœur et leur temps. Et c'est

au sanatoria qu'est dû le mouvement si répandu aujourd'hui contre la tuberculose.

Une fusion salutaire s'est opérée ; le riche s'est trouvé rapproché du pauvre, le savant de l'ignorant ; la pitié a été éveillée dans le cœur de l'indifférent. Les femmes et les hommes de toutes conditions ont uni leurs efforts pour combattre l'ennemi commun. Un des plus beaux résultats dûs au sanatorium dans sa double mission médicale et sociale est bien celui de l'entente internationale. Les différentes nations se sont unies fraternellement dans la grande œuvre de la lutte contre la tuberculose. Cela ne fait-il pas pressentir l'aurore de la fraternité universelle.

Le Congrès International pour l'étude de la Tuberculose, dont je suis un représentant, apporte à l'Association des médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, des salutations fraternelles et respectueuses et vous invite tous à vous joindre à nous dans les travaux du Congrès. Le Congrès aura lieu à Washington du 21 septembre au 12 octobre.

Nous espérons d'y voir en grand nombre et de tous les pays des médecins ainsi que des hommes et des femmes non médecins, mais s'intéressant à la tuberculose comme maladie sociale. Mais nous espérons surtout y voir nos chers voisins, nos frères et nos sœurs du Canada,pour nous aider dans cette œuvre commune. Cette invitation bien entendu a déjà été adressée officiellement au Gouvernement Canadien, mais j'ai tenu à la réitérer ici

Car pour combatre la tuberculose avec succès il est besoin de l'action commune de gouvernements sages, de médecins bien instruits et de peuples intelligents.

TUMEURS TUBERCULEUSES

Par le Dr MAURICE RENAUD

Ancien interne des Hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à la Salpétiére

Nous commençons à bien connaitre le [illegible]lymorphisme des lésions tuberculeuses et à nous bien rendre c[illegible] de la fréquence des tuberculoses atypiques. C'est pour app[illegible] une contribution à l'étude de ces dernières que nous voudrions attirer l'atention sur certaines tumeurs qui se présentent avec les caractères macroscopiques des tumeurs malignes infiltrées, dont nous avons pu établir la nature tuberculeuse et qui par certains points doivent être rap-p[illegible]chées des tumeurs cutanées décrites sous le nom de sarcoïd[illegible] tuberculeuses (Boeck, Darier et Roussy).

Nous avons eu en quelques mois l'occasion d'examiner quatre tumeurs de ce genre, enlevées à la clinique de Monsieur le Professeur Segond et qui présentaient les mêmes caractères cliniques et anatomiques, macroscopiques et microscopiques.

Dans le premier cas il s'agissait d'une petite tumeur de l'orbite siégeant en dehors du globe de l'œil, du volume d'une petite noix d'aspect lardacé ayant envahi les muscles du globe et donnant des phénomènes de compression. On diagnostiqua une tumeur maligne et l'œil fut énucléé.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'une tumeur de la parotide siégeant en pleine glande, mal délimitée, formant un noyau grisâtre et dur.

La troisième tumeur fut enlevée dans la région sous-maxillaire chez un jeune homme. Elle était constituée par un tissu grisâtre, marbré, de consistance un peu molle, du volume d'une mandarine. Il s'agissait probablement d'une glande sous-maxillaire très augmentée de volume.

La quatrième tumeur enfin avait envahi tout le petit bassin et était adhérente à tous les organes pelviens, son tissu était

grisâtre, de consistance ferme et en aucun point ramollie. Elle donnait cliniquement l'impression d'une tumeur infiltrée à point de départ inconnu.

On ne pouvait dans aucun de ces cas faire d'autre diagnostic clinique que celui de tumeur infiltrée et par conséquent envahissante et maligne. Seul l'examen des tumeurs au laboratoire permit d'affirmer la nature tuberculeuse de ces néoformations, grâce à l'aspect des coupes histologiques, à la présence de nombreuses cellules géantes et au résultat positif que donna l'inoculation au cobaye de la tumeur No. 3.

L'aspect histologique de ces quatre tumeurs est dans l'ensemble assez semblable pour que la même description s'applique à chacune d'elles. Nous nous trouvons manifestement en présence de productions inflammatoires d'origine tuberculeuse mais bien différentes au point de vue histologique des tubercules crus, ramollis ou infiltrés.

Il s'agit en effet de productions intermédiaires aux follicules tuberculeux et aux scléroses pures. L'aspect peut être très simplement et très fidèlement décrit de la façon suivante.

Le tissu fondamental de la tumeur est constitué par un stroma conjonctif d'aspect variable, soit jeune, avec beaucoup de cellules fusiformes, soit au contraire franchement fibreux. Sur ce fond se détachent des trainées de cellules rondes, volumineuses, plus semblables à des plasmazellen qu'à des leucocytes, divisant la tumeur en une série de loges. Ces trainées de cellules doivent être interprétées comme des lésions inflammatoires en foyers nodulaires ou diffuses qui se sont édifiées dans le tissu conjonctif de l'organe envahi, [illegible] ance autour des vaisseaux.

Entre ces tr[illegible] rouvons un tissu homogène, constitué par une infinité [illegible] ules peu teintées, ovalaires, pressées les unes contre les autres, et au milieu desquelles sont semées de place en place des cellules géantes. Ces cellules doivent retenir notre attention. Elles apparaissent à un fort grossissement fusiformes à protoplasma clair, à limites peu distinctes et noyées dans un tissu fibrillaire ou grenu. Leur noyau est volumineux, allongé, très peu coloré, mais avec un beau nucléole. Ce sont à n'en pas douter des cellules conjonctives jeunes, analogues, par leur aspect aux cellules épithélioïdes des follicules tuberculeux typiques.

Les cellules géantes dispersées au milieu de ces cellules conjonctives ont les caractères des cellules géantes tuberculeuses. Énormes, constituées par un protoplasma grenu inégal et dégénéré, elles sont bordées à leur périphérie par des rangées de noyaux en nombre considérable. Les quatre tumeurs examinées se montrent très riches en cellules géantes.

Quand on cherche à interpréter les lésions que nous venons de décrire l'explication la plus plausible est celle qui nous fait admettre l'existence d'une forme particulière d'inflammation où la réaction est caractérisée par le développement envahissant d'un tissu conjonctif néoformé, dont les cellules prennent l'aspect de plasmazellen, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. Il ne s'agit ni d'une infiltration embryonnaire capable de désintégration, ni de sclérose tendant à donner un tissu de cicatrice lente et rétractile. Nous sommes en présence d'une multiplication des éléments conjonctifs analogue à celle qu'on observe dans les tumeurs de ce tissu. C'est en ce sens que nous avons pu dire que ces productions néoformées étaient des tumeurs tuberculeuses.

Nous ne sommes pas à même de discuter la valeur de ces formes de tuberculose. Contentons-nous de les opposer aux tuberculoses avec follicules capables de se caséifier et de se ramollir, aussi bien qu'aux tuberculoses scléreuses où l'envahissement par un tissu conjonctif dur, représente une forme de guérison, et considérons les comme une réaction primitive atténuée et locale d'un organe à l'action du bacille de Koch.

MOYENS DE DEFENSE CONTRE LA PREDISPOSITION A LA TUBERCULOSE ET CONTRE L'INFECTION PENDANT L'ENFANCE (1)

Par ADOLPHUS KNOPF, M. D., New-York.

Professeur de Pthisio-Thérapie à l'école et à l'hôpital Post-Graduate de New-York. Directeur associé de la clinique contre les maladies du poumon du département de la Santé. Médecin visiteur au Sanatorium Antituberculeux de Riverside, appartenant à la ville de New-York, Médecin consultant aux Sanatoria de Gabriels, N. Y. Binghampton, N. Y., Scranton, Pa., et

—

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Il est maintenant établi hors de doute que l'enfant peut hériter d'un parent tuberculeux directement, et naitre tuberculeux lui-même. Cependant le nombre de ces cas est insignifiant comparé au nombre de ceux qui héritent plutôt d'une prédisposition aux maladies en général et à la tuberculose en particulier. Que cette prédisposition conduise à la tuberculose cela se conçoit facilement, eu égard à toutes les nombreuses causes d'infection qui entourent l'enfant issu de parents déjà malades. Les chances de contagion seront plus sérieuses si la mère est affectée.

Dans la seconde partie de ce travail nous verrons plus au long les détails de l'infection post-natale pendant l'enfance, occupons-nous pour le moment des moyens à prendre pour combattre les prédispositions morbides héritées des parents tuberculeux.

En quoi consiste cette prédisposition ? C'est une condition

---

(1) Travail lu au Congrès de la Tuberculose Section IV « Tuberculose chez les enfants, Etiologie, Prévention et Traitement ». A Jacodi, M. D., LL. D. Président, Washington D. C. octobre 1er, 1908.

d'affaiblissement général plutôt qu'une lésion directe avec un manque de résistance des organes à l'invasion pathologique. Les mots " Misère physiologique " expliquent mieux que toute autre expression l'état de l'enfant qui a reçu cette prédisposition de son père ou de sa mère. L'enfant d'une mère tuberculeuse conçu pendant les derniers stages de la maladie, a naturellement moins de chances d'immunité que celui d'une mère dont l'infection est récente. L'enfant sera moins prédisposé à la tuberculose dans ses premières années s'il est né d'une mère saine et d'un père malade. Mais quelque soit le parent tuberculeux, et que ce parent ait été dans les premiers stages de l'infection ou très malade, la défense contre la prédisposition à la maladie doit commencer pendant la vie intra-utérine. La mère qui redoute pour son enfant l'infection doit s'entourer pendant sa grossesse de toutes les meilleures conditions hygiéniques possibles ; vivre au grand air et dès le début de sa grossesse s'abstenir absolument du port de vêtements serrés à la taille. Elle doit pouvoir respirer librement et profondément, en fait, elle devrait faire des exercices respiratoires et se créer l'habitude de respirer profondément. Les genres d'exercices respiratoires qui conviennent à une femme enceinte sans aucun danger pour le fœtus sont les suivants : pendant une profonde inspiration elle soulève ses épaules, les projette en arrière, et retient la respiration pendant 3 à 5 secondes, (voir figur 9.) alors elle fait son expiration en ramenant en bas et en avant ses deux épaules. Cet exercice doit être répété cinq ou six fois par demi-heure dans un air pur, de préférence en plein air ou devant une fenêtre ouverte

Nous reviendrons plus tard sur cette question d'exercice, qu'il nous suffise de noter ici tout le bénéfice que le poumon de la future mère devra retirer de semblables pratiques. La quantité d'air expiré ordinairement ne dépasse pas 500 c c. par mouvement respiratoire. Dans une inspiration profonde on peut arriver à inspirer 1500 c. c. d'air (i. e. tout l'air complémentaire et une égale quantité de l'air résiduel) il suffit alors de graduer l'expiration. Il est évident que de tels exercices, utiles au système respiratoire, aideront aussi le système circulatoire et en définitive tout l'organisme.

La chambre où la femme enceinte devra coucher et passer la plus grande partie de ses jours devra être bien ventilée ; pendant la nuit, une fenêtre au moins sera laissée ouverte, même dans les plus grands froids. Malgré qu'il soit difficile de le démontrer, la terreur que l'air de la nuit inspire au public est directement une cause de tuberculose, j'en suis personnellement convaincu. Les gens s'entassent dans une petite chambre à coucher, avec les fenêtres bien closes, et pendant toute la nuit respirent le même air vicié par leur propre respiration et par celle de leur voisins.

Il est difficile de parler de tuberculose chez les enfants sans toucher aux problèmes sociaux les plus ardus à résoudre. Comment une femme enceinte, obligée de travailler dans une usine ou une boutique souvent jusqu'aux dernières heures qui précèdent le travail, peut-elle remplir les conditions d'hygiène qui lui permettront de mettre au monde un enfant assez vigoureux pour pouvoir opposer une résistance victorieuse à l'infection tuberculeuse ?

Il devrait y avoir une loi proscrivant le travail dans les endroits mal ventilés et poussiéreux pour tout le monde, mais surtout pour les femmes et les enfants. La femme enceinte devrait cesser son travail à l'usine au moins deux mois avant l'époque présumée de son accouchement et ne le reprendre qu'un mois après, ce qui lui permettrait de refaire sa santé.

Une description typique de ces conditions sociales où la femme enceinte travaille à l'usine jusqu'au dernier moment se trouve dans le livre de M. John Spargo *The Bitter Cry of Children*. Malheureusement, la pauvreté très souvent, force les femmes à cacher leur état pour éviter d'être renvoyées du travail. Probablement c'est moins la crainte de trois ou quatre semaines de chômage que celle d'un renvoi définitif qui les force ainsi à se cacher, pour s'éviter la peine de chercher une autre place. Mais, comme le dit M. Spargo, les conséquences en sont trop sérieuses pour que l'on puisse justifier la négligence de nos législateurs.

Il y a là un champ très considérable ouvert aux bonnes volontés des philanthropes, et ceux qui consacreront leurs millions à fonder un lieu de refuge pour le repos des accouchées

que leur condition sociale force à travailler à l'usine, peuvent être assurés d'avance qu'ils sauveront plus d'une vie.

L'enfant naissant a tout autant besoin d'air pur que l'adulte et malgré qu'il demande plus de chaleur, il doit respirer de l'air libre de poussière ou de toute autre impureté. La chambre à coucher doit être régulièrement ventillée et maintenue à une température uniforme. La chaleur doit être douce sans être exagérée, et l'on doit toujours veiller à ce que la quantité d'humidité dans l'air soit suffisante.

A mesure que l'enfant grandit on doit l'accoutumer à l'air plus froid. L'habitude que l'on a de couvrir la figure des enfants d'un voile épais quand on les sort est absolument absurde, et si on leur fait porter un voile, ce dernier doit être léger pour permettre à l'air de circuler facilement.

Pendant les années de croissance il faut surveiller la respiration, s'assurer que l'enfant respire normalement par le nez et que le nez reste libre. Il faut bien se rappeler que souvent la respiration par la bouche entraine des rhumes et des bronchites et toutes les affections qui en découlent, qui sont souvent des signes précurseurs de tuberculose. En général, la respiration buccale des enfants est due à l'existence d'une excroissance dans la gorge, (végétations adénoïdes) à des amygdales augmentées de volume ou à des polypes dans le nez. A part l'influence néfaste sur le système respiratoire des enfants, les végétations adénoïdes peuvent encore amener une surdité partielle avec des troubles de l'intelligence et même des déformations des mâchoires.

Les végétations et toutes autres obstructions à la respiration libre doivent être enlevées de bonne heure par une opération chirurgicale opportune.

Quand un enfant à cause de sa faible constitution est susceptible de prendre facilement le rhume, et qu'on hésite à le sortir à l'air libre il ne faut pas oublier que l'air frais et pur n'a jamais causé de rhume, et que ce que l'on prend pour un rhume n'est le plus souvent qu'une maladie infectieuse due à un germe spécifique qui s'attaque plus facilement à un organisme affaibli. Pour se défendre de cette soi-disant susceptibilité aux enrouements on se trouvera bien de l'hydrothérapie.

Du dixième au douzième mois, on doit habituer l'enfant [illegible] bains froids. Le meilleur temps pour commencer c'est après [illegible] bain chaud. Frottez l'enfant deux ou trois fois avec la main [illegible]ngée dans l'eau froide et essuyez rapidement ; peu à peu on [illegible] éponger avec de l'eau froide et plus tard on peut donner [illegible] petite douche. Il faut toujours se rappeler quand on se sert d'h[illegible]drothérapie que la réaction doit toujours suivre de proche les applications froides. Cette réaction, bien connue se manifeste [illegible] une agréable sensation de chaleur perçue par l'enfant et [illegible] l'on reconnait à une rougeur générale de la peau. A chaque [illegible]plication d'eau froide on voit d'abord une certaine pâleur due [illegible] contraction des capillaires ; le retour de la circulation se [illegible]ifeste par cette rougeur dont nous avons parlé plus haut. [illegible]que fois que la réaction manque ou retarde on doit prendre [illegible] du médecin.

Il va sans dire que l'enfant doit être convenablement vêtu. Pour permettre à ses poumons d'acquérir leur plein développement, il faut éviter tout vêtemnt serré au cou et à la taille ([illegible]ollets ou bandeaux très serrés). Il faut aussi se rappeler que [illegible] de couvrir le cou trop chaudement diminue la résistance aux [illegible]oidissements à l'époque des changements de température. Plus on laisse le cou libre plus on respire librement et plus on a de chance de ne pas prendre le rhume.

Quand la fillette devient femme on doit bien se rappeler [illegible] corset serré est le pire vêtement qu'elle puisse porter. Cet [illegible]eil de toilette en même temps qu'il gêne la respiration amène [illegible]oubles circulatoires et digestifs quelques fois très graves. [illegible]mie ou pauvreté de sang si fréquente chez les jeunes filles, [illegible]vent d'autre cause que le port de cet instrument de t[illegible]r- [illegible] l'on appelle de toilette, et qui ne permet ni la circula- [illegible] l'oxygénisation du sang.

[illegible]ur mieux illustrer les effets du corset trop serré, nous [illegible]isons ici trois vignettes : la première indique la position [illegible]ganes thoraciques et abdominaux dans une poitrine nor- [illegible] la seconde montre les poumons, le foie et les intestins déviés [illegible] du corset trop serré ; la troisième fait voir le squelette [illegible] par le port de ce même corset.

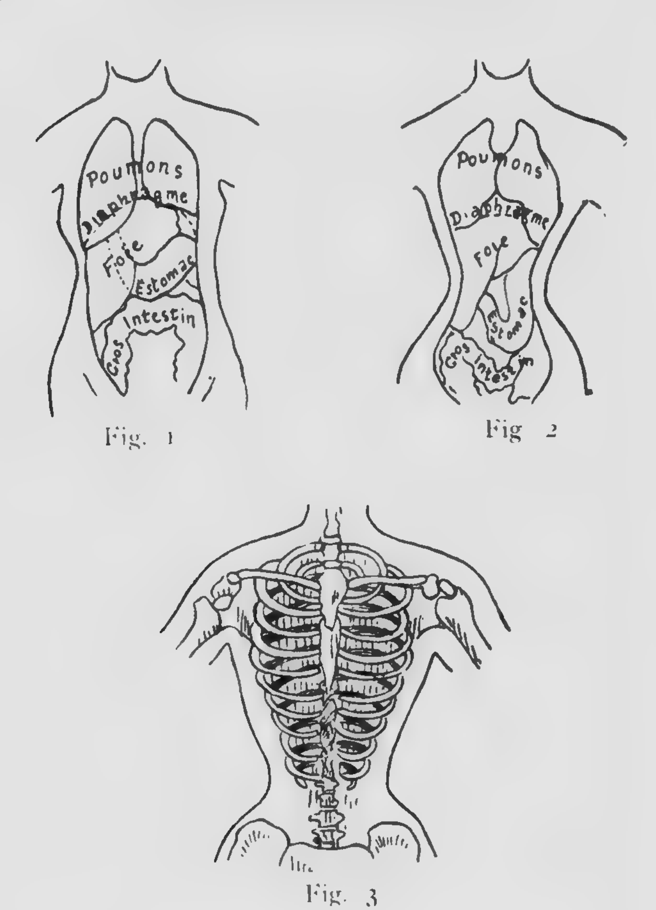


Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

Aussitôt que l'intelligence de l'enfant sera assez développée il faudra lui enseigner à respirer profondément et plus tard il devra apprendre les exercices respiratoires qu'il lui faudra pratiquer avec autant d'entrain que tout autre exercice de gymnastique. Devant une fenêtre ouverte ou en plein air il se tient debout dans la position militaire dite de l'attention, les talons rapprochés, le corps droit, et les mains sur les hanches; avec la bouche fermée il fait une profonde inspiration (c'est-à-dire qu'il prend tout l'air possible) pendant laquelle il élève les bras dans

une position horizontale (Fig. 4). Il reste dans cette position de quatre à cinq secondes en retenant l'air inspiré et pendant l'expiration il ramène les bras dans la position originale. L'expiration doit être un peu plus rapide que l'inspiration

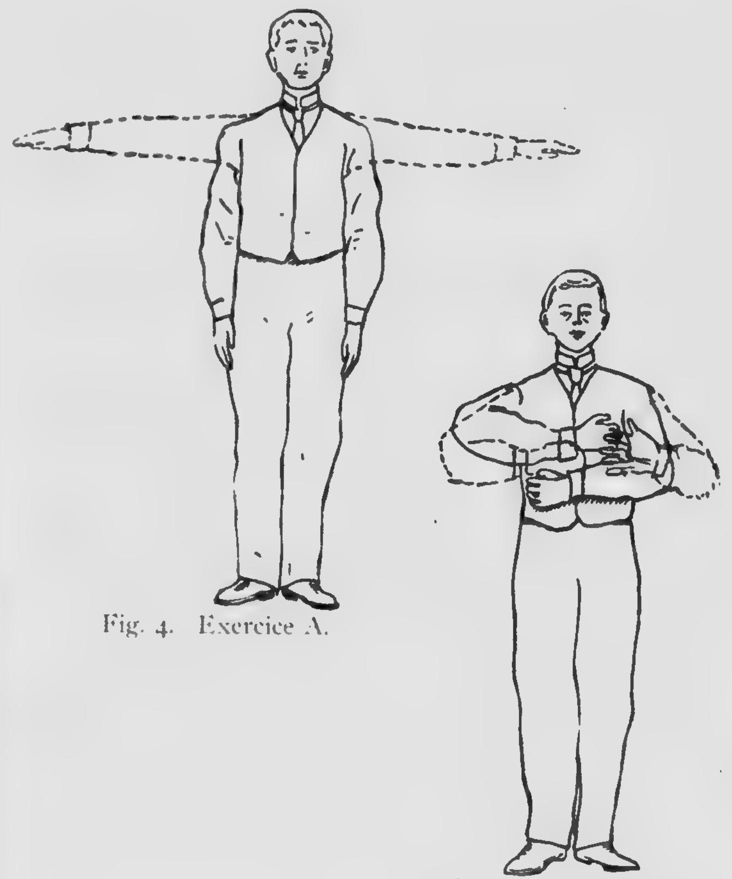


Fig. 4. Exercice A.

Fig. 5. Exercice B.

Mesurés en secondes les différents temps de cet exercice ...ent s'exprimer comme suit : expiration, 3, inspiration, 4, ...tion, 5. On doit enseigner à l'enfant à compter menta-

lement pendant ces différents temps pour l'accoutumer à les accomplir très méthodiquement.

Quand le premier exercice sera parfaitement contrôlé on devra commencer à travailler le suivant (B). Les mains sont placées en avant de la poitrine l'une au-dessus de l'autre comme si l'on voulait ouvrir la poitrine (Fig. 5), puis les mains, les bras et les épaules sont portés en arrière, les doigts restant flé-

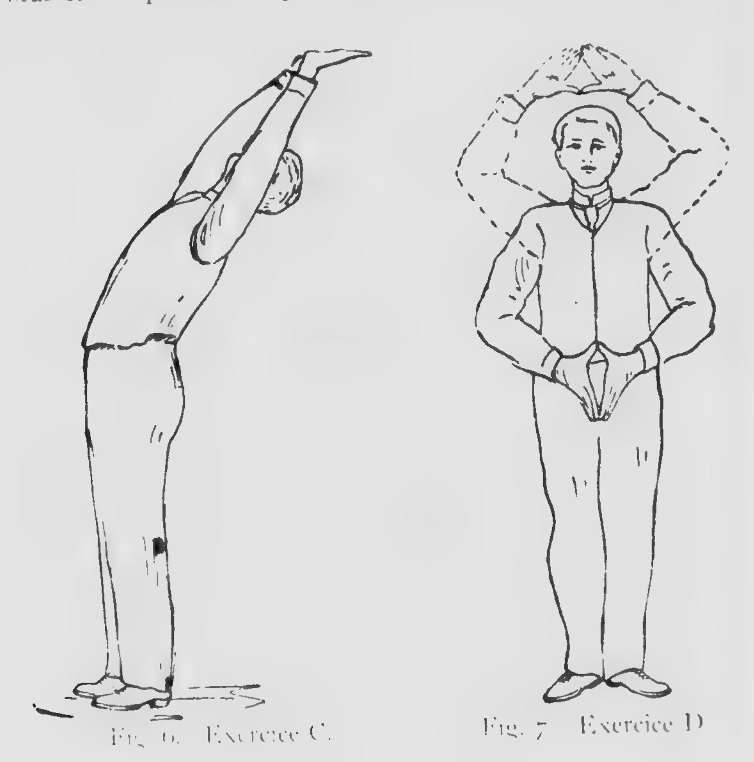


Fig. 6. Exercice C.

Fig. 7 Exercice D

chis, pendant que l'on fait une profonde inspiration. On compte cinq en frappant cinq fois sur la poitrine, et à la dernière seconde on commence l'expiration en ramenant les mains dans la position originale. Cet exercice a l'avantage de pouvoir être exécuté aussi bien dans la position assise ou même dans le décubitus dorsal.

Le troisième exercice C, consiste dans l'élévation des bras de la position de l'attention à l'horizontale et de là au-dessus de la tête (Fig. 7), pendant que l'on prend une inspiration, puis à pencher le tronc en arrière autant que possible tout en retenant la respiration, à garder cette position pendant 5 secondes et à la cinquième seconde à reprendre la position première en expirant l'air inspiré. On doit se rappeler que pendant cet exercice les bras levés au-dessus de la tête doivent se toucher par les mains formant un cercle et que la réunion des index et des pouces doit former un triangle.

Le quatrième exercice D, met en jeux les muscles abdominaux ou en d'autres termes habitue à la respiration thoracique et abdominale. Pour arriver à ce but on se place debout dans la position de l'attention avec les deux mains réunies par leurs faces palmaires de façon à ce que les petits doigts touchent le sternum (Fig. 7). Pendant que l'on fait une profonde inspiration on élève le diaphragme en donnant toute son attention à cet acte. et l'on élève pendant ce temps les mains jusqu'au menton en les tenant toujours appliquées contre le plan antérieur du tronc, puis on les retourne et on les élève au-desus de la tête (Fig 6). On se courbe pendant quatre secondes en arrière après lesquelles on expire l'air en reprenant la position primitive.

Le cinquième exercice respiratoire, E, que l'on pourrait appeler la nage à sec, demande plus de force et d'endurance. On ne doit l'entreprendre qu'après la pratique régulière et suivie des autres exercices, et quand l'amélioration de la respiration est devenue évidente. On prend comme toujours la position de l'attention et alors on allonge les bras en avant comme dans l'action de nager (Fig. 8), les mains se touchent par le dos. Pendant l'inspiration on éloigne les mains l'une de l'autre jusqu'à ce qu'elles se touchent en arrière du dos ; on tient cette position pendant quatre secondes pendant lesquelles on retient l'air inspiré, et l'on exhale en ramenant les bras dans la position initiale, prêtes à un autre mouvement de natation, ou si l'on a fini, à la position de l'attention. Cet exercice plutôt difficile peut être rendu plus facile et plus effectif si on se lève sur les orteils pendant l'inspiration et si on se laisse redescendre pendant l'expiration.

On voit qu'avec ces cinq exercices tous les muscles de l'économie depuis les narrines jusqu'aux orteils sont mis en mouvement : la face seule ne doit pas se contracter et peut servir de preuve que les exercices sont bien faits car il ne faut pas oublier que les exercices doivent être accomplis sans contractions inutiles et sans mouvements brusques.

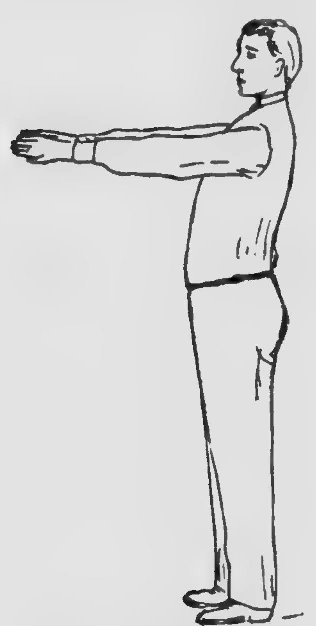


Fig. 8. Exercice E.

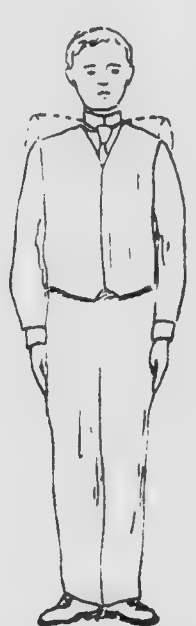


Fig. 9. Exercice F.

Souvent, quand on est sur la rue, on ne peut accomplir tous ces mouvements sans attirer l'attention. Alors on prend simplement la position de l'attention, on élève les épaules et on fait un mouvement de rotation en arrière pendant l'inspiration (Fig. 9) ; on reste dans cette position pendant quatre secondes et l'on expire en reprenant la position première. Cet exercice F, peut être facilement accompli en plein air pendant la marche ou l'équitation ou même dans la position assise.

Les jeunes gens et les jeunes filles prédisposés à la tuberculose acquièrent souvent l'habitude de se courber en avant. Pour remédier à cette mauvaise habitude on doit recommander l'exercice suivant. (G) L'enfant se redresse autant que possible, met ses mains sur ses hanches les pouces en avant et se courbe lentement en arrière aussi loin que possible tout en faisant une inspiration ; il reste ainsi pendant cinq secondes (fig. 10), retenant toujours son haleine et reprend sa position primitive par



Fig. 10. Exercice G.

un mouvement de redressement un peu plus rapide que celui d'extension forcée. La règle générale suivante devrait toujours être observée dans les exercices respiratoires : commencer toujours par les exercices les plus faciles A, et ne pas entreprendre les autres avant d'avoir complètement contrôlé les premiers. On doit accomplir de quatre à six exercices (un de A. B. C. D, E, ou F), ou quand on est en plein air l'exercice F, repété quatre

ou six fois dans l'espace d'une demi-heure ou une heure, ou au moins quatre ou six fois le jour ainsi qu'au réveil et au coucher. On doit continuer cette pratique jusqu'à ce que l'habitude de respirer profondément soit devenue naturelle. Tous ces exercices doivent être pris dans un atmosphère frais et libre de poussières. Il ne faut jamais commencer quand on est fatigué ni les pousser jusqu'à la fatigue.

Ces exercices sont destinés aux enfants qui ne sont pas encore tuberculeux et ils doivent être gradués suivant la force, le développement et l'intelligence du sujet. Il est évident que ces exercices destinés à rendre de grands services aux prétuberleux doivent être commandés avec discernement Ils peuvent causer un tort considérable aux enfants faibles si on ne surveille pas soigneusement leur développement physique. Ile ne feront jamais tort à l'enfant sain s'ils ne sont pas surfaits. En général les enfants s'attachent naturellement à ces exercices qui développent chez eux l'amour du bon air et le dégout de l'air vicié. On ne doit pas craindre de les employer chez les sujets dits à poitrine plate. Au contraire, ceux-là justement en profiteront à cause du développement du squelette osseux qu'entrainent ces mêmes exercices. Et c'est ainsi qu'un enfant dont la poitrine est plate et étroite deviendra un adulte à poitrine large et profonde.

C'est pour cette raison que je demande avec insistance que l'on rende constante et obligatoire la gymnastique respiratoire dans les écoles de façon à développer au maximum les poitrines et les corps des enfants et d'arriver ainsi à une génération la plus résistante possible à l'invasion tuberculeuse.

Par l'étude des exercices décrits, on peut se rendre compte que tous les muscles de l'économie sont développés, sans violence cependant.

Comme moyen adjuvant de développement des poumons et de la poitrine chez les enfants on ne saurait trop recommander les exercices de chant et de récitation en plein air Des observateurs très attentifs ont noté les avantages de ces méthodes, surtout Barth, à Koslin (Allemagne). Il a fait une étude très soignée des effets du chant sur les poumons et le cœur, sur les maladies du cœur, sur la circulation pulmonaire ,sur le sang, sur

ppareil vocal, les voies aériennes supérieures, l'oreille, la santé générale, le développement de la poitrine, le métabolisme, sur ctivité des organes digestifs, et il en est arrivé à la conclusion les exercices de chant doivent être rangés parmi les meil- s moyens d'acquérir une bonne santé. Si l'on considère le que ceci peut se faire n'importe où (si l'air est pur), n'im- te quand, et sans appareil, on s'étonne que la pratique n'en pas plus répandue. Les autorités militaires allemandes qui la réputation de toujours recommander toutes les méthodes pres à augmenter la vigueur des soldats ont, dans ces der- res années, insisté pour que l'on chante pendant toutes les rches des soldats de toute arme. Les visites aux parcs, les ursions de botanique ou de géologie, les ascensions de mon- es devraient former une partie importante du curriculum des les. Tous ces moyens tendront à développer le physique des es et à les rendre plus résistants à l'invasion par le bacille berculeux. Ces exercices en plein air ne doivent pas être limités à la belle saison.

A part les exercices déjà décrits il en est un autre que les fants plus vieux peuvent ajouter à leur arsenal de moyens de ense par le développemnt de la poitrine et l'habitude de se plir de la plus grande quantité possible d'air pur et frais. C'est l'exercice (II) qui se fait comme suit : L'enfant prend la tion de l'attention puis il inspire profondément pendant qu'il les épaules et les jette en arrière, il garde la position pen- quatre secondes, expire l'air inspiré autant que possible eprenant la position originale et avant de reprendre l'inspi- on il fait un second effort d'expiration en même temps qu'il ne ses avants-bras en dehors et qu'avec ses bras il comprime itrine de manière à en exprimer tout l'air possible (fig. 11). Le vide créé dans sa poitrine amène un acte involontaire d'ins- tion très profonde et le gymnaste reprend tranquillement la tion d'atention.

Pour établir la valeur de cet exercice je répète ici que la ration ordinaire entraine le renouvellement de 500 c. c. d'air que respiration, le premier exercice en fait inspirer 1500 c. c. dernier peut en faire expirer 1300 c. c. Le deuxième effort ratoire peut encore faire sortir 500 c. c. de l'air résiduel, ce

qui établit la valeur de cet exercice avant le travail, pendant le repos, après la fin de la journée ou chaque fois que l'on se trouve en plein air.

On a cherché à expliquer le fait du début habituel de la tuberculose pulmonaire par les sommets, en disant que la fonction inspiratoire se fait mal à ce niveau. Je suis d'accord ici avec Henau et je crois cette opinion erronée (1). Au contraire,



Fig. 11. Exercice H.

ces régions pulmonaires respirent très bien, trop bien même, et c'est à ce point que l'on trouve en abondance les micro-organismes de toutes sortes, quand on se donne la peine de faire les autopsies sérieusement. Le mal vient de ce que les sommets n'expirent pas comme il faut ; et cet exercice, exhalation complète suivie d'un mouvement d'expiration forcée, à mon avis

(1) Henau, à Ziurich ; « Beitrage zur Pathologie der Lungenkrankheiten », Zertschr. f. klinische medicin. XII, 1887

constitue le meilleur moyen de remédier à ce défaut en empêchant la congestion et la stagnation de l'air inspiré : deux conditions favorables au développement des bacilles. Et s'il fallait des arguments pour prouver la valeur de ces exercices, et de l'inspiration d'air pur et frais, il convient de jeter les yeux sur les montagnards qui avec leurs larges et profondes poitrines sont les moins disposés à la tuberculose. Malgré que l'on doive tenir compte du fait qu'ils vivent en plein air et dans des régions moins peuplées il n'en est pas moins vrai que leur immunité vient surtout du développement de leur poitrine ; et ce développement est une conséquence des conditions atmosphériques dans lesquelles ils vivent car la pression diminuée ralentit la circulation, rend la respiration plus lente, l'inspiration plus profonde, l'expiration plus complète.

Il est évident qu'un enfant de parents tuberculeux entraîné à respirer de l'air pur d'une façon convenable, habitué à prendre de l'exercice régulièrement et nourri convenablement ne doit pas devenir tuberculeux. J'en suis pour ma part absolument convaincu.

Il y a déjà plus de vingt ans, je commençais ma carrière médicale à Los Angeles, Californie du Sud, alors une petite ville où se réunissait déjà un certain nombre de tuberculeux que le climat devait guérir. Et de ces malades j'en ai soigné un grand nombre, avec des succès variables, mais ce qui devait m'intéresser le plus c'était l'observation des enfants des malades, venus avec eux ou nés pendant leur séjour dans le pays. De ces enfants, sans doute, plusieurs avaient hérité de prédispositions tuberculeuses et, cependant j'en ai vu un grand nombre devenir des hommes et des femmes de parfaite santé.

Pour assurer à l'enfant les meilleures chances possibles, il ne suffit pas de lui enseigner les exercices respiratoires. D'abord il faut donner plus de temps au jeu ; l'enfant ne doit pas aller à l'école avant l'âge de huit ans. Pendant toute son enfance les heures de sommeil doivent être augmentées et le travail manuel doit être complètement aboli. Les endroits de jeu en plein air doivent être plus nombreux ; on peut transformer en salles de jeu tous les toits des logements d'ouvriers ; il suffit pour cela

de quelques verges de treillis de fil de fer et d'un auvent de toi[illegible] les enfants pourront alors y jouir pendant presque toute l'an[illegible]

Les fermes écoles pour enfants, du modele de celle condui[illegible] par Madame Henry Parsons, à New-York, devraient être mult[illegible] pliées, et chaque ville de quelque importance devrait en avoi[illegible] sa disposition. Ces établissements, surtout établis dans les dis- tricts à population dense font œuvre curative et préventi[illegible] même temps. L'enfant prédisposé à la tuberculose, à qui on fournit l'occasion de faire un travail intéressant dans une f[illegible] ou en jardin, s'habitue bientôt au labeur en plein air, ce qui pe[illegible] n'a[illegible] pour lui que des avantages.

Les jeux au grand air et les exercices athlétiques modérés doivent être encouragés non seulement dans les collèges [illegible] dans les écoles préparatoires, on ne doit pas non plus les réserver aux seuls garcons pendant la croissance.

Quand l'enfant a fini d'aller à l'école, même si en appar[illegible] il a surmonté ses tendances tuberculeuses, on doit toujours s[illegible] souvenir de la menace d'une rechute amenée par le choix [illegible] judicieux d'une profession quelconque. Une occupation [illegible] entraine à une vie sédentaire, ou expose à l'inhalation rep[illegible] des poussières animales ou végétales, ne doit jamais être rem[illegible] par quelqu'un qui a ou qui a déjà eu des prédispositions à la tuber- culose.

[illegible] vue de l'infection post-natale, il faut d'ab[illegible] [illegible] tuberculeux. La mère atteinte de tuberculose ne doit pas nourrir son enfant, et l'on doit s'assurer que le lait [illegible] l'enfant boit est exempt de bacilles tuberculeux et en général de tout micro-organisme.

Il n'est pas de notre ressort de discuter ici laquelle des méthodes est la meilleure ; la stérilisation bien surveillée donne dans les cas particuliers les meilleurs résultats. Il va sans dire que l'idéal serait une nourrice dont la santé parfaite, et la [illegible] gueur compenseraient l'hérédité du nourrisson. Les causes d'in- fection post-natale sont généralement les suivantes : la mère ou la nourrice tuberculeuse caresse et embrasse l'enfant sur la bou- che, elle le porte dans ses bras et tousse au-dessus de lui l'ex- posant sans cesse à l'infection directe, elle prépare sa nourriture et la goutte pour s'assurer de la température, se servant de la

tétine ou de la même cuillère que l'enfant transportant les germes d'une bouche à l'autre. Plus tard l'enfant jouera le plancher, et s'il y a dans la maison un malade dont les ats restent sur ces planchers, l'enfant sera presque fatale- infecté. Qu'il respire les poussières chargées de microbes s'il infecte ses doigts et sa bouche ensuite, le résultat est le , mais la cause sera probablement oubliée quand la maladie eloppera. Il peut encore se faire des petites plaies avec ses s infectés, amenant ainsi une infection sanguine directe

Les précautions suivantes éviteront surement ces infections : berculeux doivent être prudents et ne jamais cracher dans ndroit où le crachat peut se dessécher, ils doivent aussi que possible se tenir éloignés des enfants et ne pas pren- part à leurs jeux. Il devrait être absolument défendu d'em- r les enfants sur la bouche, et l'on devrait s'efforcer d'en- er aux petits de ne se laisser embrasser par personne. Les s et les intimes devraient s'en abstenir ou ne les embras- e sur la joue. Les planchers sur lesquels l'enfant joue doi- re tenus scrupuleusement propres, sous aucun prétexte y perm ..e des tapis qui ne sont que des ramasse-germes. ains et les ongles des petits doivent être tenus aussi propres ssible.

fait de cracher dans les endroits où les enfants jouent être considéré comme une offense grave et encourir une n sévère.

lieux de jeu devraient être tenus dans un grand état de té, balayés chaque jour et recouverts d'une couche de sable gravier.

l'école l'enfant peut s'infecter par l'usage commun d'ins- ts de musique, de jouets, de gomme à mâcher ou de fruits e mangés.

arrive rarement, il est vrai, que les enfants soient infectés te de la circoncision religieuse chez les juifs. On en a pe ces vingt-cinq cas authentiques, mais le nombre re constamment. L'infection se montre d'abord par une abcès aux organes génitaux et se généralise ensuite. tion en elle-même n'est rien mais la succion du prépuce t partie des rites la rend dangereuse ; si le Rabbin qui

opère est tuberculeux l'enfant court le danger d'être inoculé directement. Comme moyens préventifs on peut suggérer que l'opérateur produise un certificat de bonne santé, ou qu'il fasse la succion avec un tube en verre comme cela se pratique en France et en Allemagne.

Je dois dire que je considère comme dangereux le système adopté en certains lieux, de remettre aux soins de familles de la campagne les enfants trouvés qui ne prospèrent pas convenablement à l'hôpital. Ceci se fait sans contrôle médical aucun et souvent le soin de l'enfant va à une personne invalide et tuberculeuse. La moindre négligence ou le moindre manque de scrupule amènera presque fatalement l'infection tuberculeuse de l'enfant.

Je ne saurais terminer cette ébauche de travail sans faire une mention spéciale de l'œuvre toute philantropique dont le but est de surmonter ces prédispositions à la tuberculose dont un si grand nombre d'enfants ont hérité. Mon ancien maitre, feu le prof. Grancher, de Paris, jetait les bases de "l'Œuvre de Préservation de l'enfance contre la Tuberculose" et de concert avec madame Grancher dotait l'œuvre de quelques centaines de milliers de francs. Comme l'indique son nom cette société travaille à sauver les enfants. Elle choisit chaque année un certain nombre d'enfants issus de tuberculeux et avec la permission des parents les envoie dans des maisons de campagne où elle leur fournit la meilleure nourriture et les met dans les meilleures conditions de résistance possible.

Elle les surveille constamment et les rapports des dernières années indiquent que les résultats se traduisent par des vies sauvées et des santés améliorées, ce qui en somme est le [illegible] moyen de triompher de la tuberculose.

Il serait grandement désirable que l'œuvre de Grancher trouve des imitateurs dans notre pays.

Il s[illegible] de bonne guerre contre la tuberculose d'examiner tous les enfants des écoles et de rechercher les ascendants tuberculeux. On découvrirait ainsi les prédisposés qui deviendra[illegible] alors l'objet de soins spéciaux.

Plus nous chercherons à prévenir l'infection tubercul[illegible] des enfants, plus nos efforts et nos connaissances seront concen[illegible] [illegible] e but éminent de prévention plus nous cher[illegible]

rons à intéresser les riches à cette œuvre, plus nous serons prêts d'atteindre ce but, de déraciner la tuberculose et d'empêcher la peste blanche d'étendre de jour en jour ses ravages

HYGIENE DES CLASSES OUVRIERES SOUS LE RAPPORT SOCIAL ET ADMINISTRATIF

—

Le travailleur, comme tout homme, possède ou doit posséder 3 enveloppes : *la peau ou tégument externe, les vêtements ou tégument extérieur, la maison ou tégument dans l'espace.*

Ce qui revient à dire que l'hygiène du travailleur doit être étudiée sous le rapport individuel et sous le rapport du milieu dans lequel il vit.

1° *Hygiène individuelle.*—En matière d'hygiène, l'ouvrier ne doit pas être un individu passif. Il ne suffit pas qu'il réclame telle réforme, exige telle amélioration, et ne fasse rien pour s'y adapter.

C'est une nécessité absolue que le travailleur fasse un vigoureux effort intellectuel : d'abord pour savoir ce qu'il demande, et l'ayant obtenu qu'il sache s'en servir. Il ne suffit pas de s'époumonner dans les réunions publiques, il faut avoir un cerveau actif autant que réceptif, une volonté solide et calme de s'instruire et de comprendre : il ne faut pas se laisser façonner il faut se façonner soi-même (René Martial).

Pour que les lois, les institutions, les instruments destinés à assurer l'hygiène et la salubrité publiques soient bien compris par les masses populaires, il faut faire leur éducation personnelle. Pour que l'ouvrier ne considère pas comme une entrave de plus à [illegible] l'application des lois sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, et sur la défense de cracher par terre dans les places publiques, il faut qu'il reçoive une éducation qui [illegible] permette de les comprendre et ne pas se révolter contre leur [illegible].

La propreté individuelle étant le premier moyen de [illegible] sa [illegible], d'éviter la propagation [illegible] se trouvant à l'origine d'une juste compréhension des [illegible] des préceptes de l'hygiène, il est nécessaire que tout [illegible]

[illegible]yen possède les notions élémentaires indispensables à ce sujet.

L'étude de l'hygiène individuelle se divise en deux : étude de l'hygiène du revêtement externe du corps et étude de l'hygiène des organes internes.

1° *Hygiène de la peau.*—La peau est l'organe de notre corps le plus exposé à toutes les causes de malpropreté et de maladie : froid, chaleur, soleil, humidité, poussières, infections. A l'état normal, la peau se défend bien contre la plupart des attaques extérieures, au moyen de sa souplesse, de sa mobilité, d'un certain dégré d'élasticité et surtout par la desquamation épidermique incessante.

Ainsi donc de soi-même la peau tend à se tenir propre. Malheureusement dans nos milieux artificiels, elle ne suffit pas entièrement à sa tâche ; l'hygiène doit intervenir pour compléter l'œuvre de la nature. De là, la nécessité des ablutions, des lavages fréquents et des bains généraux le matin et le soir également. Pour tout le monde, et surtout pour les ouvriers, la peau des mains est la partie du corps la plus exposée aux salissures ; les ablutions ne suffisent pas, il faut le savonnage et le brossage.

Quelques fois cependant l'eau fait mal aux mains des ouvriers surtout lorsqu'elle contient des substances irritantes en dissolution. Il en résulte des dermatites artificielles mieux connues sous le nom d'eczémas, empêchant l'ouvrier de faire son travail.

Il y va de l'intérêt du patron et de l'ouvrier de prévenir autant que possible ces affections. Le patron fournira donc les moyens préventifs.

Voici, très succinctement résumées et généralisées les règles que donne M. le Professeur Unna de Hambourg, pour la toilette hygiénique des mains des ouvriers sujets à ces eczémas.

" L'ouvrier ne doit pas se laver les mains le matin, ni dans le courant de la journée, l'eau et le savon étant dans ce cas des [illegible] iritants."

" Avant diner il se nettoiera les mains et les ongles avec de [illegible]le d'abord, puis ensuite à la brosse et au savon, il se taille les [illegible]les et les nettoie avec le plus grand soin."

" Avant de se coucher, il huile ses mains et les enveloppe d'un [illegible]eau de taffetas gommé, afin de ne pas salir ses draps."

" Le matin, sécher les mains, sans les laver, avec un linge sec."

" En arrivant à l'atelier, avant de se mettre au travail, enduire les mains de cire ou du corps protecteur nécessaire."

" Avant les repas, enlever la cire et les poussières avec un linge sec."

" Quand le graissage est impossible, on fera un lavage à la mousse de *savon surgras* (on en trouve dans certaines pharmacies), et on laissera sécher la mousse sur les mains."

Un certain nombre d'ouvriers sont exposées aux maladies infectieuses consécutives aux piqures et aux écorchures des mains, tels que les mégissiers, les tanneurs, les bouchers, les palefreniers. L'ouvrier pouvant contracter de cette façon le charbon, la morve, le farcin, la tuberculose, le patron devrait mettre à la disposition de l'ouvrier tout ce qui est nécessaire à la désinfection de ses mains et lui apprendre à se désinfecter les mains.

Les muqueuses, et en particulier la bouche et la gorge ont besoin de soins hygiéniques constants dans le but d'éviter les maladies infectieuses originant souvent dans ces régions. Les dents seront tenues propres et nettoyées après chaque repas ou au moins le matin et le soir afin d'éviter la carie.

2° *Hygiène des organes internes.*—L'organe interne le plus important au point de vue social, c'est le poumon. Les maladies de l'appareil respiratoire sont peut-être les plus fréquentes et celles qui font le plus de victimes. La tubreculose, qu'elle atteigne le poumon, la peau, les intestins, le foie, les reins, les articulations, les os ou le cerveau, est une maladie désastreuse et contagieuse contre laquelle se liguent aujourd'hui tous les efforts de la science. La maladie existe à tous les âges de la vie et se transment surtout par les crachats et les poussières. C'est donc pour ces 2 causes qu'il faut se protéger. De là l'usage des crachoirs communs et des crachoirs individuels.

Les classes aisées paient un lourd tribut à la tuberculose, mais ce n'est que secondairement ; elles sont frappées après les classes pauvres. Celles-ci généralement en état de moindre résistance, sont frappées les premières ; elles constituent le foyer principal de la contagion. Partout, l'ouvrier affaibli, diminué dans sa force de résistance aux intempéries aussi bien qu'aux microbes, par la

tigue, le surménage, les tourments moraux, la mauvaise nourri-
ce, les logements insalubres, l'agglomération excessive des ha-
ants, le manque d'air pur et respirable, la recherche des bois-
sons excitantes destinées à ranimer des forces défaillantes, cet
rier offre une proie facile aux maladies et surtout aux mala-
s contagieuses. La tuberculose est donc à juste titre appelée
mal de misère" ou la maladie de la classe ouvrière. Elle n'est
s seulement un mal individuel mais surtout un mal social.

La tuberculose s'est étendue au fur et à mesure que la vie
gricole qu'elle était, devenait plus industrielle. On peut dire
e la tuberculose est née avec les grandes agglomérations hu-
ines, lesquelles ont créé des conditions d'habitation, d'aéra-
n, de travail, de nourriture absolument néfastes pour l'individu
mme pour la collectivité. Tous sont devenus vulnérables au mi-
be alors qu'ils ne l'étaient pas auparavant. Les plus vulnérables
t naturellement les plus pauvres, les mal nourris—or ils sont
même temps ceux qui travaillent le plus.—Pour chasser la tu-
ulose, pour guérir les tuberculeux, il convient, avant tout, de
er le peuple dans d'autres conditions de vie. Il faut lui don-
de l'air, de la lumière, de l'espace—toutes choses qu'il possé-
t comme paysan et ne possède plus comme ouvrier.

Le cœur a aussi son hygiène. On évite l'amoindrissement du
scle cardiaque en évitant le surménage physique, moral et intel-
uel en n'abusant pas du café, du tabac et de l'alcool. L'hy-
e des reins et de la vessie consiste à se garantir contre les
es lésions produites par le phosphore, l'arsenic, le plomb, et
ut par la blennorrhagie.

L'hygiène du tube digestif se réduit à éviter les excès gas-
omiques et l'alcoolisme, et à restreindre le plus possible les
fications alimentaires.

L'hygiène du cerveau comporte 2 parties distinctes : une par-
hilosophique, éducatrice qui consiste à apprendre à penser
ctement, c'est-à-dire à lui enseigner le moyen de se faire une
une opinion, de la développer, de se faire un jugement sain ;
ne partie prophylactique qui consiste à mettre le sujet en
contre toutes les maladies qui peuvent frapper son cerveau,
usser, égarer par suite la pensée, conduire à la folie et à la
précoce.

Parmi les maladies qui frappent le plus souvent le cerveau, il faut citer : la syphilis, l'alcoolisme, et les intoxications par le tabac, par le plomb et par le sulphure de carbone. Toutes ces affections sont favorisées par l'hérédité et le surménage.

3° *Hygiène du milieu.*—Après avoir passé en revue les notions hygiéniques élémentaires de l'ouvrier vis-à-vis de lui-même, il nous faut maintenant étudier les règles de l'hygiène que le travailleur doit connaître et adopter vis-à-vis d'autrui, de ceux qui l'entourent : femme, enfants, parents, camarades et même patrons.

Nous regarderons donc de plus près le milieu dans lequel vit l'ouvrier, les conditions dans lesquelles il évolue matériellement, les lois économiques auxquelles il obéit, la situation hygiénique que lui font les lois contemporaines, enfin les manifestations de la vie du travailleur.

L'hygiène de la maison, du logis, dépend non-seulement du salaire mais aussi des idées régnantes, de la législation des municipalités et des propriétaires.

" L'insalubrité de l'habitation a-t-on dit, est le point de départ " de toutes les misères, de tous les vices des familles ouvrières. " Toutes les agglomérations humaines des quartiers populeux des " grandes villes nourrissent une population malsaine, entassée " dans des taudis infects, décimée par les maladies infectieuses, " telles que la fièvre typhoïde et la tuberculose et agitée par les " mauvaises passions. Aucun bon sentiment ne peut germer et " s'entretenir dans de pareils bouges. L'esprit de famille s'y " perd, l'ivrognerie et la débauche y croissent. Les souffrances " qu'on y endure s'en exhalent sous forme de malédictions et de " ménaces. "

Pour conjurer le danger qu'il y a à laisser subsister un pareil état de choses il faut que l'autorité assainisse les logements in alubres quand la chose est possible, les ferme quand elle ne l'est pas, et crée pour les ouvriers des habitations saines, propres et confortables. Dans un grand nombre de pays on a fondé des sociétés destinées à construire puis à louer aux pauvres des habitations confortables pour un prix en rapport avec leur revenu annuel

Les premières conditions requises pour construire une habitation hygiénique sont : que l'air et la lumière y puissent pénétrer à grands flots.

Beaucoup de maisons de villes ne remplissent pas ces 2 désiderata fondamentaux de l'hygiène.

On peut classer les maisons des villes en 3 catégories : les *maisons inhabitables*, les *maisons habitables* et les *maisons confortables* dans le sens du respect des lois de l'hygiène et non pas dans le sens de luxe.

Maisons inhabitables.—Il y en a dans toutes les villes. Le seul remède à y apporter c'est de les démolir et de ne payer aux propriétaires que le prix de la valeur du terrain et des matériaux de démolition, comme la chose se fait à Londres.

Maisons habitables.—Pour cette catégorie, il serait nécessaire et logique de faire des lois sévères au point de vue hygiénique et de protéger la santé des malheureux locataires.

Au moment du changement de locataire, le propriétaire devrait être tenu de faire faire à ses frais une désinfection complète des locaux abandonnés. Tout manquement à cette loi serait puni de lourdes amendes. Tant que les réparations nécessaires ne seraient pas effectuées, le propriétaire ne pourra pas louer sa maison.

Maisons confortables au point de vue hygiénique et d'un prix abordable pour les ouvriers. Ces maisons ne sont pas encore assez nombreuses et devraient être basses, à un ou 2 étages au plus et éloignées des usines.

A part l'hygiène du logis il faut étudier celle de l'atelier, tout aussi importante.

A l'atelier, l'ouvrier doit être propre lui-même ; il doit se salir le moins possible et travailler proprement. D'autre part il a droit qu'on lui fournisse un atelier convenablement installé, pourvu des moyens d'y maintenir la stricte application des lois de l'hygiène, ainsi que des moyens d'y observer individuellement les préceptes de l'hygiène.

En consultant les rapports des inspecteurs industriels on peut se rendre compte de ce que sont la plupart des ateliers. Presque partout on constate le manque de lumière solaire, les défectuosités de l'éclairage artificiel, l'impureté de l'air qui n'est pas suffisam-

ment renouvelé, la situation désastreuse des cabinets d'aisance qui sont insuffisants ou situés trop près du centre de l'atelier, l'inconscience dans le nettoyage qui se fait encore à sec avant le départ des ouvriers. Dans beaucoup d'industries, les eaux résiduaires stagnent à proximité des ateliers et y servent de bouillon de culture pour les microbes les plus dangereux et en particulier pour celui de la fièvre typhoïde.

Dans la plupart des pays civilisés, des lois existent pour protéger la santé du travailleur et pour assurer sa sécurité, mais elles sont souvent mal appliquées. Dans nombre de pays les causes de la mauvaise application des lois sur le travail ouvrier sont dues à l'insuffisance et à l'incompétence du personnel, aux difficultés de déplacement des inspecteurs et à l'insuffisance des sanctions pénales.

Les lois destinées à protéger l'ouvrier dans les cas d'accidents ou de maladies donnent souvent lieu à des procès interminables qui ne profitent ni au patron ni à l'ouvrier. Pour éviter ces ennuis le moyen le plus pratique serait de créer une assurance contre tous les accidents et toutes les maladies qui peuvent produire une incapacité temporaire ou permanente de travail.

En second lieu l'ouvrier sera examiné par un médecin avant son entrée dans les industries insalubres. " Aucun ouvrier, vieux " ou jeune, ne devrait être employé, a-t-on dit, dans une industrie " dangereuse sans un certificat d'aptitude physique non seule- " ment parce qu'il peut avoir des prédispositions personnelles, " mais parce qu'il peut être anémique, mal nourri, malpropre, al- " coolique, etc. Les considérations d'humanité ne sauraient en- " traver cet examen, et, s'il est vrai que les personnes ainsi écar- " tées des professions qu'elles avaient choisies, ont droit à toute la " sympathie de la société, agir différemment c'est simplement " aggraver leur condition déjà misérable. (Dr Alex. Scott, d'Angleterre).

Mais me demanderez-vous comment et où le travailleur apprendra-t-il tout ce qui a trait à son hygiène personnelle et à l'hygiène de son habitation (logis ou atelier).—Pour l'enfant, la réponse est facile : c'est à l'école. Pour les adultes, la question est plus difficile à résoudre. En effet, l'ouvrier ou l'ouvrière travaille à l'atelier ou dans son logis pendant 10, 12, 15 heures par jour.

Comment peut-on exiger qu'il se rende fatigué à l'école pour s'entretenir des questions d'hygiène ? Si l'on veut obtenir des ouvriers les principales connaissances hygiéniques, il faut adopter la formule américaine des 3—8, c'est-à-dire 8 heures de travail, 8 heures de repos, et 8 heures de liberté.

On leur aprendra la propreté personnelle, la propreté de l'habitation, les moyens de ne pas transmettre les maladies contagieuses, les inconvénients de cracher par terre, pour la transmission de la tuberculose, le respect de la propriété commune et de celle d'autrui.

Cet enseignement de l'hygiène se fera à l'école, pour les enfants et au moyen de conférences d'hygiène pour les adultes.

Législations ouvrières internation[illegible] — Les lois établies dans les principaux pays en vue d'as[illegible] hygiène du travail apartiennent à l'un des 2 types suivants : [illegible] qui consiste à faire poser par le législateur le principe de l'intervention légale sans entrer dans les détails : c'est ce que fait la loi française ; l'autre qui inscrit dans la loi même les règles d'hygiène générale auxquelles tous les établissements visés doivent se soumettre : c'est le cas des lois allemandes et anglaises. Dans le système français, la loi elle-même est forcément incomplète, et il faut des règlements généraux pour compléter l'œuvre des législateurs. Dans les systèmes allemands et anglais, au contraire, la loi pourrait à la rigueur suffir au moins quant aux industries n'offrant pas de risques spéciaux, et il suffit de règlements particuliers concernant les industries notoirement insalubres ou dangereuses. (Traité d'hygiène de Brouardel, Chantemesse et Mosny, fascicule VII, Hygiène industrielle).

Aux Etats-Unis chaque état a sa constitution et ses lois et surtout sa façon propre de les appliquer : il en résulte des effets absolument différents non seulement d'un Etat à l'autre, mais d'une fabrique à l'autre. On trouve dans la pratique 2 cas différents : d'un côté des patrons sachant que le moindre article de loi leur sera imposé, de l'autre des patrons soumis, peut-être aux mêmes articles de lois, mais sachant parfaitement qu'ils peuvent les négliger sans avoir à redouter une correction effective ou une [illegible]tion directe de la part d'un inspectur.—Mais ce que les lois n'arrivent pas à obtenir, l'organisation de l'industrie sur une

grande échelle, et l'émulation qui pousse à faire mieux que les autres, y suppléent dans bien des cas.

Ainsi on trouve aux Etats-Unis des chefs d'établissement qui conservent leurs ouvriers dans le meilleur état de santé possible. Ils y multiplient les conditions d'hygiène, les moyens de bien-être en dehors de l'atelier, ils organisent des clubs, des réunions, des associations ; ils intéressent leurs ouvriers aux travaux de la fabrique par des publications de périodiques, des conférences, quelquefois des participations aux bénéfices ; ils tâchent enfin de faire des employés habiles, capables de leur fournir le meilleur travail.

Certes, de tels modèles ne sont pas la règle générale, et l'on peut rencontrer, à côté d'eux, les plus piteux exemples, dans lesquels l'ouvrier n'est plus traité que comme un outil de production. Entre ces 2 extrêmes, il y a bien des gammes différentes.

Dans la *province de Québec*, la législation ouvrière ressemble à celle des autres pays. Toutefois, l'inspection hygiénique du logis et surtout de l'atelier est tout-à-fait défectueuse. Il n'y a pas de médecin hygiéniste attitré des établissements industriels et des édifices publics depuis un certain nombre d'années (1903). Et avant 1903 le médecin n'existait que de nom puisqu'on ne le payait pas suffisamment pour qu'il puisse faire une inspection convenable.

Le personnel du service d'inspection se compose d'individus faisant très bien leurs devoirs. Leurs rapports annuels au ministère des travaux publics sont bien faits et contiennent des suggestions hygiéniques très à propos. Mais il faut avouer que ces inspecteurs ou inspectrices ne peuvent pas, de par leurs connaissances, faire observer l'hygiène aussi bien qu'un médecin hygiéniste.

Une réglémentation rationnelle semblable pourrait être adoptée dans tous les pays et se formuler de la manière suivante :

1° La durée du travail doit être d'autant plus courte que l'occupation professionnelle est plus dangereuse ou exige plus d'effort physique ou intellectuel.

2° La durée du travail doit être d'autant plus courte que l'organisme du travailleur est moins développé et offre moins de résistance.

3° On doit interdire aux femmes et aux jeunes ouvriers tous les travaux qui exigent de grands efforts corporels, ou compromettent leur santé.

4° On doit interdire tout travail industriel aux femmes enceintes, au moins deux semaines avant l'accouchement, et un mois après la délivrance.

5° L'âge d'admission des enfants dans les établissements industriels devrait varier entre 16 et 18 ans, de manière à permettre à l'enfant d'avoir une instruction élémentaire suffisante.

6° Le travail journalier ne doit pas dépasser une certaine durée, même s'il n'exige aucun surménage physique ou intellectuel et ne présente aucun danger sérieux.

7° Il convient qu'il y ait, pendant le travail des jeunes ouvriers, indépendamment du repos de midi, des interruptions régulières et contrôlées, le matin et l'après-midi. Ces repos sont employés à des services de gymnastiques et de mouvements. (Roth).

Dr R. Fortier.

REMARQUES SUR UN CARACTERE DOMINANT DE L'ETAT MENTAL DES PSYCHASTHENIQUES ET DES NEURASTHENIQUES

Par le Dr Maurice Renaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, Chef de laboratoire de la Faculté de Médecine à la Salpêtrière.

—

La psychologie nous apprend que notre vie psychique est entièrement construite de matériaux empruntés au monde extérieur et à la vie psychique de nos semblables. Il est donc légitime de rechercher comment se créent les états intellectuels et émotionnels anormaux des psychasthéniques et des neurasthéniques.

Nous avons eu l'occasion d'étudier à ce point de vue de nombreux malades et quand nous avons cherché après bien d'autres à dégager l'élément essentiel, à comprendre quel était le trouble intellectuel initial et dominant tous les autres, nous avons toujours pu reconnaitre que toute la psychologie morbide pouvait s'expliquer par une rupture d'équilibre dans les phénomènes de conscience.

Nos psychasthéniques sont des individus dont l'hérédité physique et psychologique est le plus souvent déplorable. Mais ce fait ne saurait expliquer que dès leur enfance ils soient douteux, scrupuleux, timides, obsédés, sans caractère. Pour nous, l'éducation seule peut expliquer ce déplorable état mental.

On sait à quel point la psychasthénie est une maladie familiale, on la dit même héréditaire, mais si l'on adopte notre manière de voir on fera mieux de la dire contagieuse

En effet, dans ces familles à hérédité névropathique, on n'a pas en général de stabilité mentale. La vie intellectuelle y manque de régularité et de méthode pour ne pas dire plus. Nous ne saurions insister sur un pareil sujet, mais tous ceux qui voudront y regarder de près constateront toujours à des degrés divers les

mêmes défauts intellectuels chez leur malade et chez ses éducateurs.

Comment des individus qui ne savent se posséder eux-mêmes seraient-ils capables de donner à un enfant de bonnes habitudes intellectuelles, surtout quand le cerveau de l'enfant manque d'une certaine vigueur congénitale ?

Nous pensons que les premières impressions viscérales les premières sensations, les premiers sentiments ont sur le développement ultérieur de la vie psychique une importance de premier ordre, car elles font sur l'âme encore neuve une ineffaçable impression. Or, nos psychasthéniques ont été généralement des "enfants gâtés", c'est-à-dire qu'on a enfreint dans leur éducation physique et morale toutes les règles de l'hygiène et de la logique. La seule règle qu'on suive est le caprice, aussi bien pour appliquer les châtiments que pour attribuer les récompenses. Les modèles sont criards, turbulents, illogiques, emportés, l'enfant les imite et voilà son esprit faussé à tout jamais. On ne trouvera dans son esprit que désordre là où devrait régner une ordonnance régulière, que caprice, là ou tout devrait s'enchaîner logiquement. Il a tellement vécu au hasard qu'il ignore presque le grand principe de causalité qui conduit le monde, car pour lui, grâce au caprice des parents, les mêmes causes n'ont pas toujours produit les mêmes effets. Il ne saurait avoir de règle ni de méthode. Il imite à peu près les autres et ne parait différent d'eux que le jour où la vie devient pour lui plus complexe et que ses défauts d'esprit le mettent en désharmonie complète avec le monde extérieur. A ce moment éclatent aux yeux d'un médecin sagace les trois défauts psychologiques essentiels dont nous avons essayé d'établir la genèse et dont nous devons montrer maintenant l'importance. Les psychasthéniques manquent de "stabilité mentale, d'attention" et de "jugement."

Ils manquent de stabilité mentale et les voilà changeants, mobiles, capricieux, dominés par l'impression ou l'idée du moment, en proie tour à tour aux émotions les plus différentes, tour à tour enthousiastes et découragés, excités ou déprimés.

Ils manquent de la faculté d'attention, sans laquelle il ne saurait y avoir de véritable intelligence : ils ne peuvent s'astreindre à suivre logiquement et longtemps la même idée, toujours

détournés de leur véritable étude par les mille riens futiles dont est seule meublée leur conscience.

Ils manquent de jugement et ne sauraient en avoir puisqu'ils sont mobiles et inattentifs. Aussi ne trouve-t-on en eux que des impressions et peu d'idées.

Ils ne portent guère sur le monde extérieur et les actions humaines que des jugements sans maturité. Ils jugent faux aux regards des autres hommes, n'appréciant pas les choses à leur juste valeur, et tenant pour important ce que les autres considèrent comme négligeable. Ils ont donc des terreurs, des dégoûts, des craintes, des enthousiasmes exagérés jusqu'au ridicule. Et par là s'expliquent leurs tourments, leurs doutes, leur impossibilité d'accepter la vie telle qu'elle se présente.

Ils manquent en un mot du sens réel de la vie et de l'action.

Tout ce que nous venons de dire des psychasthéniques est vrai pour un grand nombre de neurasthéniques auxquels peut s'appliquer notre analyse psychologique. Il faut seulement ajouter que les désordres sont chez eux moins profonds et ne deviennent apparents qu'à l'occasion d'une déchéance ou d'une insuffisance organique. Nous ne pouvons insister sur ce sujet qui demanderait à lui seul un long mémoire et voulons seulement indiquer qu'à notre point de vue, on retrouve chez les malades des deux catégories les mêmes troubles intellectuels initiaux et que dans une certaine mesure le même traitement leur est applicable.

Si l'on admet notre manière de voir et notre conception théorique des troubles mentaux on en déduira facilement une conception précise du traitement qui a, au point de vue pratique une importance énorme. Il est évident qu'il est nécessaire et suffisant de refaire l'éducation de nos malades.

Pour faire dans ces conditions de la bonne psychothérapie il ne faut pas s'adresser aux idées morbides et se borner, comme on le fait souvent, à montrer aux malades combien elles sont vaines et illogiques. Il faut voir les choses de plus haut et s'appliquant à rechercher les troubles initiaux du fonctionnement intellectuel s'efforcer de les faire disparaitre. Il faut exercer le sens critique, développer la faculté d'attention, fortifier l'aptitude au travail intellectuel. Enfin et surtout il faut imposer de bonnes habitudes intellectuelles, forcer le malade à une vie régulière, labo-

rieuse, logique, lui imposant sans brusquerie, mais avec fermeté des associations d'idées raisonnables et judicieuses. Et les cas seraient bien rares où l'on appliquera cette gymnastique intellectuelle sans obtenir d'excellents résultats.

CE QUE DOIT ETRE LE TRAITEMENT DE LA COXALGIE

Par le docteur CALOT, de Berck.

—

Messieurs,

J'ai l'honneur de venir exposer, devant votre grande assemblée, quelques brèves considérations sur le traitement de la coxalgie.

Qu'il me soit permis de dire que ces considérations sont le résultat d'une expérience et d'une observation de près de 20 années, dans ce milieu spécial de Berck où pullulent les coxalgies venues des quatre coins du monde.

I. *Le traitement doit rester conservateur.* — La coxalgie n'aime pas le bistouri. On peut dire des chirurgiens qui opèrent *aggravent souvent et mutilent toujours.*

Et ce n'est pas seulement la résection qui doit être proscrite, mais encore l'ouverture des abcès.—Ouvrir les abcès de la coxalgie (ou les laisser s'ouvrir), c'est ouvrir une porte par laquelle la mort entrera trop souvent.

Au contraire, dans les coxalgies fermées, la guérison est assurée pourvu que le malade vive dans un bon milieu et qu'on se garde de redresser brusquement les déviations existantes.

Ainsi donc à ce *premier point* de vue, celui de la *guérison du malade*, le procès réalisé est immense. La coxalgie autrefois si meurtrière, ne tue plus ou presque plus, pourvu que les médecins se gardent d'ouvrir jamais les abcès.

II. *La qualité des guérisons obtenues avec le traitement actuel.*—Mais il est un *deuxième point* de vue auquel il faut nous placer : celui de la qualité de la guérison.

Quand et comment guérit-on de cette maladie à l'heure actuelle ?

En règle générale, la coxalgie demande de 3 à 4 ans pour guérir, *rarement moins*, 1 à 2 ans dans quelques formes bénignes et *souvent plus*, 5, 6, 7 ans et même davantage .

Quant à la qualité de la guérison laissée par le traitement que actuel, (qu'on peut résumer en ces trois mots : le port appareil, la correction des déviations, la ponction des abcès,) qualité reste si peu satisfante !

En voici le bilan : Sur 10 coxalgiques, il en est un qui sera ble de marcher sans boiterie ; 3 ou 4 vont marcher avec une ication légère et tous les autres, un peu plus de la moitié, ront un raccourcisement marqué avec boiterie fâcheuse ou e trop souvent lamentable ; et nous arrivons à cette conn, que :

III. *Les résultats orthopédiques sont médiocres.*—De pareils tats ne peuvent que contenter les médecins aveugles ou indifnts.

Quant à nous, depuis de longues années déjà, nous nous mes préoccupés de chercher le moyen de remédier à ces bois si pénibleset si fréquentes qui demeurent le point noir du ostic de la coxalgie.

Mais avant de vous parler du remède, nous devons vous dire use du mal, ou plutôt la radiographie va vous le dire.

Nous avons dans notre collection personnelle plus de mille ographies représentant des coxalgies à tous les stades de leur ution ; 1 mois à 6 mois, 1 an, 3 ans, 4 ans, 8 ans. Voici ce nous montrent ces radiographies :

. *La cause de la médiocrité des résultats est la destruction et nte des extrémités articulaires.*—Au début, les extrémités uses sont simplement plus foncées du côté malade, c'est à dire lcifiées ; puis après 1 an ou 2, elles perdent la régularité de contour ; elles s'estompent et se festonnent, elles s'usent, il y mme un effritement progressif, *une fonte* de la tête fémorale cotyle, une destruction qui va croissant d'année en année u'à la perte d'une grande partie de la tête et du col, et parfois u'à la décapitation complète ou même la décollation du fémur.

La jambe va se trouver de ce fait bien raccourcie, mais il y a *la perte* d'une pièce du squelette, aussi utile à la marche t la tête du col, c'est-à-dire de la branche horizontale de la ce qui fait normalement le fémur,—ce qui va transformer ci en une simple perche qui recevra et transmettra très mal ids du corps, parfois par une articulation en fléau—la sup-

pression, dis-je, d'une pièce du squelette aussi indispensable à la statique et à la marche va créer fatalement pour ces malades, une cause de boiterie très disgracieuse.

Mais, dira-t-on, ce doit être bien exceptionnel de pareilles destructions osseuses ; et ce que vous nous montrez là, ce sont des raretés pathologiques. Hélas, non, c'est malheureusement la règle, une règle qui s'applique à plus des quatre cinquièmes des coxalgiques.

1. A tous ceux qui ont eu un abcès à un moment donné, ce qui représente déjà plus de la moitié des coxalgiques pris en bloc.

2. A tous ceux qui, sans jamais avoir eu d'abcès, sont restés malades plus de 2 ans, auquel cas la coxalgie a évolué sous forme de carie sèche, laquelle ronge les os, à la longue, presque autant que la tuberculose suppurée elle-même.

Voilà ce que la radiographie vous montrera dans la grande majorité des coxalgies, si vous pouvez, comme nous, les suivre pendant 4, 6, 8, 10 ans.

Et quelquefois cette usure arrive bien plus tôt, en particulier chez les enfants qu'on a laissé marcher pendant toute la durée de la maladie.

Mais pourquoi me demanderez-vous, cette destruction des os dans la coxalgie ? Vous avez le droit de vous en étonner, car on ne la retrouve pas ailleurs ni dans les tuberculoses du genou, ni dans celles du cou-de-pied, où les os gardent presque toujours leur contour et leur forme.

Eh bien ! oui, cela est particulier à la coxalgie, cela est dû à ce que à la hanche, les extrémités osseuses ont une structure anatomique spéciale, une structure très spongieuse qui fait que les vieillards se fracturent le col du fémur plutôt que les condyles, et que leurs arthrites sèches rongent les os de la hanche et non pas ceux du genou ; et c'est pour cette même raison que les os de la hanche se laissent ramollir par la tuberculose comme un morceau de sucre mouillé et que, comme lui, ils vont ensuite s'effriter et fondre un peu plus tôt, un peu plus tard.

Ainsi, les radiographies nous permettent de saisir vraiment sur le vif la cause de raccourcissement habituel et de la boiterie, dans la coxalgie, de saisir sur le vif la *lésion fondamentale, typi-*

... *comme la marque*, marque trop peu connue de la ...algie ... à savoir, la destruction des extrémités articulaires.

Et cette fonte des os existe, je le répète, non pas dans quel... cas, mais presque toujours, non pas seulement dans les coxal... soignées dès la première heure, par les chirurgiens les plus ...osés dans les plages les plus salubres—avec bien entendu le ...ment local habituel, avec le traitement classique indiqué ... à l'heure.

V. *Insuffisance du traitement classique.*—C'est vous dire que ...reuve est bien faite, que le traitement classique est insuffisant, ...'il est impuissant à empêcher cette fonte osseuse, qui est l'en...i et qui est le danger dans la coxalgie.

Ce traitement classique sauve la tête du malade, mais ne peut ...er la tête de son fémur ; il guérira le malade, mais il le lais...a boiteux.

Veut-on le guérir sans boiterie et sans tare, veut-on le guérir ...égralement, il nous faudra trouver autre chose.

Voici le problème. La cause du mal, c'est la fongosité tuber...leuse qui, d'abord cantonnée dans l'articulation, va bientôt ...nétrer les os, les infiltrer, les ramollir et les fondre.

Il nous faudrait pouvoir attaquer la fongosité avant qu'elle ...it détruit l'os.

Le peut-on ?

1. Pouvons-nous arriver à temps ?

2. Le pouvons-nous par un moyen qui soit inoffensif autant ...efficace, (car on le pourrait avec la scie ou le bistouri, mais le ...mède serait alors pire que le mal, ce serait le pavé de l'ours.)

Le moyen qui satisfait à toutes les conditions demandées ...te-t-il ? Eh bien oui, il en est un, un seul : c'est de faire dans ...oxalgie des injections articulaires précoces.

VI. *Les injections articulaires précoces, traitement idéal de ...oxalgie.* —

1. En arrivant quelques mois après le début cliniquement ...staté de la coxalgie, *on arrive assez tôt*, car à ce moment l'os ...t encore ni détruit ni même ramolli d'une manière appréciable.

2. *Ce moyen est inoffensif.*—évidemment.

3. *Il est efficace.*—Porté au contact de la fongosité articu...e, le liquide injecté va la scléroser ou la fondre,—et la détruire

dans les deux cas, non pas d'un coup, à la première injection, mais après 7, 8, 10 injections.

Et pourquoi cela ne serait-il pas ici puisque cela est dans les abcès froids où les fongosités sont évidemment de nature identique, dans les abcès froids que tous les chirurgiens renseignés traitent et guérissent couramment aujourd'hui par les injections modificatrices.

Pourquoi cela ne serait-il pas dans la coxalgie, puisque cela est dans les autres tumeurs blanches, au genou, au pied, au coude ? La coxalgie n'est pas autre chose que la tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale.

Donc *cela devrait être* à la hanche.. Nous *savons aujourd'hui que cela est*, car les faits ont parlé et les résultats déjà nombreux, obtenus par nous, sont venus confirmer pleinement les prévisions et les espérances que la théorie nous avait fait concevoir.—Nos radiographies et nos observations démontrent que les injections sont bien capables de sauver les os de la destruction qui les menace, en un mot, que nous avons bien là le moyen cherché et rêvé de changer le pronostic fonctionnel de la coxalgie encore si médiocre avec le seul traitement classique.

Après cela, peu vous importe de savoir si c'est M. Lannelongue, qui a "imaginé" ce traitement en 1902 comme il l'a prétendu ou si je l'ai appliqué 10 ans avant lui, comme je l'ai prouvé ce qui vous importe c'est de savoir que nous sommes absolument d'accord, M. Lannelongue et moi, non seulement pour reconnaître l'efficacité de ces injections, mais pour proclamer la nécessité de les pratiquer dès le début de la coxalgie.

Attendre 6 mois, 1 an, 2 ans, attendre l'arrivée spontanée des abcès, c'est s'exposer à arriver trop tard, lorsque les os sont déjà sinon détruits, tout au moins très ramollis et voués dès lors à la destruction prochaine.

Combien de fois n'ai-je pas eu à déplorer que l'on m'eût conduit les malades lorsque cette fonte était déjà un fait accompli !

VII. *La technique des injections de la hanche.*—Mais pour faire entrer ces injections dans les mœurs médicales, c'est-à-dire dans la pratique courante, il y avait des difficultés techniques assez grosses à surmonter.

Autant c'est chose facile de faire une injection dans le genou autant cela paraissait malaisé à la hanche.

Ici la jointure est profonde, peu accessible.

Ces difficultés sont aujourd'hui résolues par plus de 100 expérimentations cadavériques et radiographiques personnelles qui nous ont conduit à une technique simple et précise.

En suivant cette technique déjà donnée par nous, tous les médecins peuvent arriver avec une grande sécurité dans la cavité synoviale de la hanche. C'est un peu délicat, sans doute, mais pas plus et même moins que de découvrir une artère ce que tous les médecins savent faire.

Je vous rappelle que pour pénétrer dans la hanche, vous devez utiliser les 2 points de repère suivants :

1. L'horizontale passant par l'épine du pubis : — toujours facile à trouver.

2. L'artère fémorale qu'on sent battre au pli de l'aine.

Vous vous servez d'une aiguille No. 2 de Collin à très court biseau, ou d'un fin trocart. Vous piquez à 2 centim en dehors de l'artère et à 3 centim. au-dessus de l'horizontale, chez l'adulte. (Chez l'enfant vous piquez à 1 centim. ½ en dehors de l'artère et à 2 centim. au-dessus de l'horizontale).

Vous piquez droit d'avant en arrière, jusqu'à ce que vous sentiez la résistance de l'os. On l'atteint à 4 ou 5 centimètres de profondeur (au niveau de l'union de la tête et du col).

On peut laisser la cuisse dans l'extension et pénétrer ainsi dans la cavité. Mais on facilite sensiblement la pénétration du liquide, comme nous l'a montré M. Faranbeuf, en mettant la jambe dans une flexion de 30 à 33° avec abduction et rotation externe de 15 à 20°.

Vous comprenez que, par cette légère flexion de la cuisse, toujours possible au début de la coxalgie, la capsule antérieure se relâche, se détache de l'os et vient ainsi s'embrocher d'elle-même sur l'aiguille.

L'injection poussée, vous mettez un tampon et laissez retomber la cuisse lentement. Et maintenant que cette technique des injections est une chose bien réglée et que leur efficacité est une chose bien reconnue, laissez-moi vous dire en quelques mots

comment vous devriez, vous praticiens, conduire le traitement de vos coxalgiques à venir.

VIII. [illegible] *dans la coxalgie.* Le diagnostic [illegible], vous mettez le sujet au repos à l'extension continue ou dans un plâtre. Mais ceci, direz-vous, c'est le traitement classique. Eh oui, ce traitement n'est pas mauvais, mais il n'est pas suffisant. De ce traitement, nous n'allons rien supprimer, mais nous y ajouterons un chapitre : celui des injections.

Si donc, vous vous servez de l'appareil plâtré, vous le ferez bivalve, de manière à pouvoir l'enlever aisément à chaque nouvelle injection, et le remettre aussitôt après.

Vous commencez ces injections après deux ou trois heures de repos. Vous injectez les mêmes liquides aux mêmes doses et aux mêmes intervalles que s'il s'agissait d'un abcès froid vulgaire. Ce liquide, ce sera d'ordinaire une solution d'iodoforme dans l'huile, la glycérine ou l'éther à 8%, ou bien encore du naphtol camphré glycériné au $^1/_{10}$ (1 gr. de naphtol camphré pour 1 gr. de glycérine).

Vous renouvelez l'injection toutes les semaines et vous arrivez au chiffre de 9 ou 10 injections.

Cela vous a pris deux mois, après quoi vous faites, pendant encore 2 à 3 mois, une compression ouatée de la région articulaire (avec l'extension continue ou avec le plâtre).

Cette période écoulée, attendez encore 4 ou 5 mois avant de lever le malade. A ce moment il est guéri.

Ainsi la guérison aura demandé en tout une dizaine de mois à partir du début du traitement.

Dix à douze mois, au lieu de 3 à 4 ans que demande le raitement classique.

Avec les injections articulaires précoces, la durée de la coxalgie est donc réduite des $^2/_3$; mais surtout la guérison sans destruction osseuse, sans raccourcissement et sans boiterie, et d'un mot la guérison intégrale, sera la règle, tandis qu'avec tous les autres traitements elle est l'infime exception :

Et ainsi l'histoire du traitement de la coxalgie pourrait s'écrire en 3 lignes :

1ère période, celle de *l'ouverture des abcès* ; on meurt de la coxalgie.

2ème période, celle de *la ponction des abcès ;* on finit par guérir de la coxalgie, mais au prix d'une infirmité.

3ème période, celle des *injections intra-articulaires précoces* : on guérit de la coxalgie : on guérit vite, on guérit sans boiterie et sans tare.

GROSSESSE ABDOMINALE A TERME SUIVIE APRES DEUX ANS D'UNE GROSSESSE UTERINE NORMALE A TERME NECESSITANT UNE OPERATION DE PORRO

Par M. J.-M. AHERN, Québec.

—

Durant l'après-midi du 6 novembre 1906, est arrivée à l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang de Québec, une Dame F. qui au terme de sa 8ième grossesse est en travail depuis 3 jours. Elle est venue de Beauceville, où elle demeure à 60 milles de Québec. Elle raconte qu'elle a deux enfants dans le ventre, un depuis deux ans et l'autre depuis neuf mois. Le premier croyant avoir droit d'arriver le premier, et ne le pouvant, empêche le second de venir.

Cette femme, [illegible] de 37 ans, mariée depuis 17 ans, eut pendant les six premières années de son mariage un enfant à terme chaque année. En 1904, 9 ans après son dernier accouchement elle devint enceinte pour la septième fois. Vers le troisième mois de cette grossesse elle fit une chute sur le sol d'une hauteur de 6 à 7 pieds, se blessant légèrement une jambe. Elle garda le lit pendant 9 jours pour des douleurs très vives dans l'abdomen. Elle perdit connaissance plusieurs fois pendant ce temps. On a cru qu'elle allait mourir. Elle n'a eu aucune perte de sang. Elle guérit et put reprendre ses occupations ordinaires, mais continua à grossir et à sentir les mouvements de son enfant jusqu'à terme. Alors, sans incident, sans aucun faux travail, les mouvements foetaux cessèrent, il y a eu une montée de lait, la femme diminua un peu de volume et tout rentra dans l'ordre. Après quelques mois il y eut retour de la menstruation qui s'effectua régulièrement jusqu'au mois de janvier 1906, quand commença sa 8ième grossesse qui évolua normalement jusqu'à terme. Le 4 novembre la malade fit venir son médecin qui constata que le travail était commencé, qu'il ne

pouvait se terminer sans une intervention chirurgicale et conseilla à sa patiente de venir à l'Hôtel-Dieu.

C'est une petite femme qui semble avoir assez bonne santé, mais qui dans le moment est fatiguée par trois jours de souffrances et par son voyage dans le chemin de fer. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques.

A l'examen vaginal on trouve le col dilaté et à travers l'ouverture on sent la tête d'un enfant intra-utérin, en position gauche antérieure au détroit supérieur. Dans le cul-de-sac postérieur, à droite, il y a une autre tête plus petite, aplatie transversalement, qui ne peut être déplacée dans aucune direction et qui empêche la descente de la première. Après les précautions d'usage et l'anesthésie au moyen d'un mélange de chloroforme, une partie, et deux parties d'alcool, nous fîmes une opération de Porro. Nous avons retiré de l'utérus un enfant à terme, vivant et bien portant. Puis nous enlevâmes le kyste fœtal qui était situé dans le bassin en arrière et à droite de l'utérus. La trompe gauche était normale mais l'ovaire du même côté était scléro-kystique. A droite, seule, l'extrémité utérine de la trompe était reconnaissable et nous n'avons pas trouvé l'ovaire. Le placenta était réduit à peu de choses et était peu adhérent. Le kyste fœtal s'est laissé détacher assez facilement mais pas sans se déchirer dans une petite étendue. Le liquide amniotique était peu abondant et était épaissi par des particules solides nombreuses qui y était tenues en suspension. Le kyste contenait un fœtus à terme, mort, bien conformé et en bonne condition.

Il y a eu suppuration de la paroi abdominale qui retarda longtemps la guérison. Depuis sa sortie de l'hôpital la malade est restée parfaitement bien.

Dans l'origine c'était une grossesse tubaire dont la rupture a été provoquée par la chute de la femme : le fœtus tombé dans l'abdomen, a continué à se développer jusqu'à terme. Les observations semblables ne sont pas communes. En 1883, un ancien interne des hôpitaux de Nancy, le docteur J. Schuhl, publia une thèse intitulée : *"Des grossesses extra utérines anciennes dans leurs rapports avec les grossesses utérines subséquentes."* Il a pu réunir 58 observations, dont la première authentique remonte à 1720. Vingt-six fois la grossesse abdominale évolua jusqu'à

terme et après un temps plus ou moins long la femme eut une ou plusieurs grossesses intra utérines. Malgré les nombreuses recherches que j'ai faites dans la littérature médicale, depuis 188 je n'ai pu rencontrer que deux cas semblables au mien. Un de Lemonnier (Ann. de Gynée. et d'Obstét. 1898, vol. 50, p. 156) dont voici le résumé : Grossesse abdominale à terme en 1872. En 1878 et encore en 1881, deux nouvelles grossesses uterines se terminant normalement à terme. En 1896, c'est-à-dire après 24 ans, expulsion par l'intestin de la grossesse abdominale.

L'autre, celui du Dr. Caraman (Ann. de Gynée., février 1883, p. 157). Grossesse abdominale en 1875, les mouvements actifs du fœtus continuerent jusqu'au onzième mois. En 1878, à la suite d'un choc sur le ventre, phlegmon de la praoi abdominale qu'on ouvrit ; le kyste fœtal s'ulcéra et une fistule s'établit En 1880, grossesse utérine qui évolua sans incident et qui s'est terminée à terme par un accouchement naturel. Ce n'est que plus tard que la fistule guérit

La présence d'un kyste foetal ne semble pas présenter beaucoup d'obstacles à la conception. Sur 58 femmes, ayant le kyste fœtal, (55 de la thèse de Schuhl, celles de Lemonnier et de Caraman et celle qui fait le sujet de la présente observation), 38 sont devenues enceintes 1 fois ; 12 deux fois ; 4 trois fois ; 2 quatre fois ; 1 cinq fois, 1 six fois.

Dans l'histoire de cette femme il y a remarquer :

(1) Les 6 années d'abondance suivies de 9 années de disette qui se terminent par une grossesse abdominale ; ce fait se rencontre souvnt dans les obsrvations de gestations ectopiques.

(2) La chûte que fit la malade, qui fut suivie des symptômes de rupture de la grossesse tubaire, précipitée par l'accident.

(3) La continuation de la gestation jusqu'à terme sans incident.

(4) Mort du fœtus à terme : absence de faux travail.

(5) La malade porte ce kyste fœtal pendant deux ans sans en être le moindrement incommodée.

(6) Grossesse utérine à évolution normale jusqu'à terme

(7) Accouchement impossible pour cause de diminution du calibre du canal pelvien par la presence de la tête du fœtus abdominal dans le bassin avec impossibilité de la déplacer.

LES OPSONINES ET LE TRAITEMENT OPSONIQUE

Depuis plusieurs années déjà la conception phagocytaire de ...munité préconisée par Denys, par Metchnikoff et Sawtchenko ...nt à peu près universellement admise, nous n'avons pas à ...enir sur ces principes connus de tous. En 1902, Wright du St Mary's Hospital de Londres remit pour ainsi dire cette ques...on à l'étude, en abordant ce qu'il a appelé les phénomènes ...*psonisation.* De plus, il donna à la question un intérêt pra...ue, en basant sur ces faits le traitement d'un grand nombre d'affections microbiennes.

Les opsonines sont tout simplement des substances solubles ...ntenues dans les sérums, et ayant pour propriété de favoriser la phagocytose. Le terme vient du grec *opsoneo* je prépare les aliments. " C'est en effet en agissant directement sur le mi...be en cause que les opsonines favorisent son englobement par les globules blancs de l'économie. Mais ce ne sont que des ...orisants de la phagocytose, et celle-ci peut tout de même se ...duire spontanément sans leur intervention, si le globule blanc ... suffisamment en état de résistance par lui-même

Les opsonines constituent en somme la substance active con...ue dans le sérum sanguin. Peu importe le nom donné à cette ...stance, soit *complément,* soit *ambocepteur, alexine* ou *sensi-satrice,* soit *opsonine* avec Wright, c'est toujours du même ...ncipe qu'il s'agit.

L'ambocepteur est en effet, une substance spécifique, qui se ... sur les bactéries, peut produire l'hémolyse et la bactériolyse ... provoque la phagocytose.

Le complément est une substance qui réactive l'ambocepteur, ...ntervient ainsi dans les phagocytoses indirectement.

L'opsonine présentera suivant les cas les propriétés de ces ...x corps, agissant tantôt comme complément, s'il s'agit v. g ... sérum neuf, i. e. d'un sérum normal, tantôt comme sensi-

bilisatrice, dans les immun-sérums spécifiques, i. e. les sérums immunisants.

Les opsonines normales jouissent de deux propriétés essentielles. Elles se détruisent par le chauffage du sérum à 60° pendant dix minutes ; elles se fixent sur le corps des microbes pour les préparer aussi à être phagocités. C'est donc bien en modifiant les bactéries et non pas les leucocytes qu'elles agissent. Les opsonines normales se fixent de plus indifféremment sur tous les corps bactériens qu'elle que soit leur espèce.

S'agit-il, au contraire, d'opsonines existant dans des sérums spécifiques, ces corps deviennent alors thermostabiles, i. e. qu'ils acquièrent de fait les caractères des sensibilisatrices. De plus elles n'agissent plus dans ce cas indifféremment sur tous les microbes, mais n'ont d'action que sur l'espèce microbienne qui a servi à immuniser l'animal fournisseur du sérum immunisant.

C'est en se basant sur ces faits que Wright en est arrivé à instituer son traitement opsonique et la recherche de l'"index dont nous parlerons tout à l'heure.

Traitement opsonique.—En quoi consiste ce traitement opsonique ? Depuis longtemps déjà, on avait essayé de traiter les maladies infectieuses, par les cultures mortes de microbes, mais sans en obtenir les succès attendus. Wright a précisé la manière dont il fallait agir pour avoir les résultats plus sûrs. Il s'agit de préparer convenablement la matière à injecter, d'en bien connaitre le titre, et de l'administrer au moment propice.

La préparation de ces cultures mortes de microbes est des plus simples. On se sert de cultures fraiches de vingt-quatre heures sur gélose, qui sont diluées dans du sérum physiologique. La culture est gratée et additionnée d'une petite quantité d'eau salée, puis soigneusement agitée dans un bocal avec des perles de verre, de façon à obtenir un mélange parfait et une distribution égale des microbes dans toute la solution. Il faut ensuite connaitre le titre de cette solution microbienne, i. e. la quantité de microbes contenus par millimètre cube. Pour cela, il suffit de mélanger intimement une goutte de sang et une goutte de la solution , de l'étaler sur une lame, et de faire après coloration une numération des globules rouges et des microbes. Le nombre des globules rouges par millimètre cube étant connu déjà, on arri-

vera par proportion au nombre de microbes. Si l'opération est répétée dans plusieurs champs successivement les résultats seront même assez exacts. Ce nombre étant connu, on pourra facilement régler la dose à injecter. Voici approximativement en variant évidemment suivant la gravité des cas le nombre des microbes qu'injecte à ses malades le docteur Dittmann de New-York.

Staphylocoques, 400 millions.

Streptocoques et Gonocoques de 2 à 5 millions jusqu'à 200 millions.

Dans le cas de tuberculose, il se sert de tuberculine T. R. de Koch, et la donne à la dose $^1/_{10}$ millième de milligramme.

Le liquide à injecter étant ainsi préparé comme nous l'avons indiqué plus haut, est alors stérilisé par chauffage, et pour plus de sûreté, on peut même y ajouter quelques gouttes d'une solution faible d'acide phénique. On fait du reste la preuve de stérilité en l'ensemençant sur divers milieux avant de l'injecter aux malades.

En ce qui concerne la fréquence des injections, il faut surtout se guider sur les réactions que présente le malade, et si l'on veut sur l'*index opsonique*. Pour le Streptocoque et le Gonocoque, monsieur le docteur Dittmann donne d'abord des injections tous les quatre jours, puis ensuite tous les dix jours, et cesse graduellement en éloignant les injections suivant l'amélioration présentée par le sujet.

Pour tous ces traitements, il est de beaucoup préférable de se servir d'une culture de microbes pris sur l'individu lui-même ; toutefois on peut se servir de cultures obtenues avec des microbes étrangers.

Jusqu'à présent les meilleurs succès obtenus semblent se rapporter au staphylocoque, surtout dans les cas de Furonculose. Malheureusement nous n'avons aucune observation personnelle à mentionner.

Le Dr. Potter de New-York dit avoir eu d'excellents résultats dans les infections streptococciques. Nous avons vu chez quelques malades de cette catégorie tous sous traitement depuis plusieurs mois qui, parait-il, étaient considérablement améliorés, mais ne nous ont pas paru encore en très bon état.

Dans la blennhorrhagie, certains auteurs rapportent des guérisons, surtout dans les cas d'arthrites dues à cette infection.

Les meilleurs résultats obtenus chez les tuberculeux ont trait à des tuberculoses cutanées ou à des tuberculoses uro-génitales.

Index Opsonique.—La recherche de l'*index opsonique* était considérée au début comme un des points les plus importants de la méthode. Seulement les grandes variations qu'on a constatées dans cette réaction lui ont enlevé une partie de sa valeur et l'on semble vouloir se fier plutôt aujourd'hui, pour juger du moment où doit se faire une nouvelle injection de sérum, à l'état général du malade qu'à la recherche longue et minutieuse de cet index.

L'*index Opsonique* peut être défini — le rapport entre le pouvoir opsonisant du sérum du malade et celui d'un sérum normal, i. e. le rapport entre le nombre de microbes phagocytés par un leucocyte dans un sérum normal et le nombre que l'on trouve dans un globule d'un sujet en voie d'immunisation. Par conséquent, lorsque la courbe de cet index baisse, elle indiquerait une diminution de la puissance phagocytaire du sujet, et appellerait ainsi une nouvelle injection du sérum immunisant. Malheureusement, en pratique, cette réaction est très variable.

La technique bien que délicate est asez facile. Une certaine quantité de sang est recueillie, par piqûre du doigt, dans du citrate de soude, et ainsi centrifugée. Les leucocytes se trouvent alors acumulés à la partie supérieure du culot de centrifugation. D'autre part on prélève un peu de sang qui est laissé lui-même pour coaguler, et on en recueille le sérum. Enfin, comme troisième élément, on fait une émulsion dans de l'eau salée, du microbe en cause, recueilli sur une culture sur gélose, et en ayant soin que cette émulsion ne soit pas trop concentrée .

Etant en possession de ces trois éléments leucocytes lavés, sérum, et émulsion microbienne, on aspire dans un petit tube capillaire une quantité égale de chacun d'eux, puis le tout est intimement mélangé et porté à l'étuve à 38° pendant un quart d'heure. Après ce temps, il suffit d'étaler le liquide sur une lame, et agir absolument comme pour une préparation de sang. Après coloration, on compte le nombre des microbes phagocytés par 100

cytes, et la moyenne pour un globule blanc est alors facilement déterminée.

La même opération est effectuée avec un sang normal, et le rapport entre les deux chiffres, nous donne l'index opsonique du malade.

Nous n'avons voulu dans ce court travail que donner un exposé succint de cet intéressant mode de traitement. Le manque d'observations personnelles sur la méthode, ne permettait pas de faire plus. D'après les données que nous avons aujourd'hui, il serait du reste difficile de tirer une conclusion. D'ailleurs, " il ne faut jamais se hâter de conclure " a dit quelqu'un, et ceci doit s'appliquer avant tout à la médecine. Des expériences prolongées amèneront probablement certaines modifications et arriveront peut-être à l'institution d'un traitement qui bien connu et bien dirigé rendra d'innombrables services dans la thérapeutique des maladies microbiennes.

A. VALLEE, M. D.

LES METHODES DE REEDUCATION EN THERAPEUTIQUE

Par le Dr. MAURICE FAURE, (de la Malou)
Ancien Interne de la Clinique Charcot (Salpêtrière), Médecin de l'Institut de la Malou (Hérault).

—

Définition.—La rééducation, de re-éduquer (comme re-faire, re-lire, re-prendre) est une méthode thérapeutique qui consiste dans un apprentissage systématisé des fonctions motrices, sensitives ou sensorielles.

A l'état normal, l'apprentissage de ces fonctions est inconscient : il se fait librement, presque sans contrôle et sans guide, durant l'enfance. Mais si une lésion veut altérer le système nerveux chargé de diriger la fonction, ou l'organe qui l'exécute, un nouvel apprentissage est nécessaire. C'est la reglémentation méthodique de ce second apprentissage conscient et volontaire, qui constitue la Rééducation

Théorie.—1° La substance nerveuse a la propriété de s'éduquer indéfiniment pour ainsi dire, et dans des sens différents.

2° Lorsque la disparition d'un centre, ou des voies qui y aboutissent, détruit ou compromet momentanément la fonction correspondarnt à ce centre, il existe une tendance spontanée à la restauration de cette même fonction.

3° Les organes spécialement chargés de produire la fonction représentent toujours une quantité d'énergie beaucoup plus considérable qu'il n'en faut pour que cette fonction soit accomplie.

La rééducation est basée sur le caractère propre de la substance nerveuse d'être éduquable. Elle utilise ce qui reste de la fonction après la lésion. Elle met en œuvre, pour compléter ces restes la tendance naturelle des organismes à la restauration. Donc, elle guide le patient, encourage ses efforts, économise son temps, et met à sa portée des techniques, résultat de l'expérience et des études spéciales qui permettent d'aboutir à des avantages

infiniment supérieurs à ceux que l'effort de la nature pourrait donner.

Différentes méthodes de rééducation.—Suivant que la rééducation a pour objet la restauration d'une fonction motrice, sensitive, sensorielle, elle emploie des techniques différentes, et se nomme rééducation motrice, sensitive ou sensorielle.

Dans tous ces cas, la rééducation met en œuvre l'intelligence, la mémoire, la volonté du sujet, et pour cette raison, est toujours une méthode psychique. Mais elle est bien loin de se confondre avec la suggestion ou la persuasion, pour lesquels l'ascendant moral du médecin et l'impressionabilité du sujet sont tout. Dans la rééducation, la relation du rééducateur et du rééduqué est simplement celle du professeur et de l'élève. Et si l'autorité du professeur et la docilité de l'élève sont toutes deux nécessaires, la valeur de la méthode choisie et celle de la technique appliquée, n'en sont pas moins les premiers et les plus indispensables éléments du succès.

Les différentes méthodes de rééducation emploient à titre d'adjuvants, d'autres thérapeutiques (massage, électrisation, gymnastique, mécanothérapie, etc.). Mais la rééducation ne doit être confondue avec aucune de ces applications en particulier, car celles-ci ont leurs lois propres, elles peuvent être utilisées en dehors de toute idée rééducatrice, et généralement, elles ne s'adressent en rien à la volonté et à l'intelligence du sujet, qui constituent la matière première de la rééducation.

La vraie et la fausse rééducation.—La vraie rééducation suppose toujours une technique complète et suffisante exactement adaptée à l'affection que l'on se propose de traiter et aux symptômes qu'elle présente. Les exercices quelconques, groupés au hasard, sans corrélation entre l'exercice et le symptôme à corriger, sont une fausse rééducation.

La fausse rééducation peut avoir l'apparence extérieure de la vraie, comme le bruit d'un piano frappé au hasard peut avoir l'apparence d'une exécution musicale.

Il peut aussi y avoir erreur sur la technique employée. Les moyens d'améliorer l'ataxie et l'atonie ne sont pas les mêmes que ceux qui visent la spasmodicité et la contracture, etc.

Technique de la rééducation motrice.—1° temps. Déterminer

exactement, et pour un sujet donné, le siège, la nature et l'étendue du trouble moteur, c'est-à-dire préciser :

(*a*)—quels sont les muscles atteints :

(*b*)—Quelle est la nature de cette atteinte : contracture, hyper ou hypotonicité, atonie, relâchement, paralysie ataxie :

(*c*)—Quel est l'état de la nutrition et de la force de ces muscles, des articulations et du squelette qui en dépendent.

2° temps. Obtenir la résolution ou l'amoindrissement des obstacles pouvant empêcher ou gêner le mouvement volontaire (arthrite, ankylose partielle, émaciation ou atrophie musculaire, contracture, défaut d'équilibre dans la force des muscles antagonistes, etc.) par l'emploi de la mobilisation passive, du massage, de l'électricité, ds mouvements à résistence, etc.

3° Temps—Rétablir, par des exercices progressifs, la contraction volontaire dans les muscles, ou les groupes de muscles atteints.

4° Temps—Coordonner les contractions volontaires de chaque groupe élémentaire de muscles en vue d'obtenir un mouvement déterminé. Grouper ces mouvements pour les exercices complexes de la station, de l'équilibre, de la préhension, de l'écriture, de la marche, du saut, etc.

Mais cette ligne de conduite générale et schématique est soumise, en pratique, à des variations nombreuses, car les exercices élémentaires de la rééducation motrice sont dirigés et groupés de façon différente, suivant le but à atteindre.

Les contractures sont surtout justiciables des mouvements passifs—les rétractions, arthrites, attitudes vicieuses sont améliorées par le massage, les mouvements passifs et actifs, la mécanothérapie, l'hypotonie par les mouvements concentriques, volontaires, lents, progressifs, de courte amplitude, et par la faradisation—l'hypertonie, par les mouvements passifs très doux, dans le repos absolu—l'incoordination, par les mouvements volontaires, lents, minutieux, élémentaires d'abord, de plus en plus complexes ensuite, la grande ataxie, par les mouvements à résistance graduée—les tics, par l'immobilité et les mouvements volontaires, réguliers—les tremblements et la chorée, par les exercices rythmés—les paralysies, par les exercices gradués, passifs d'abord, avec accompagenment intentionnel ensuite, puis avec mouvements volon-

taires (et en outre par les massages, courants électriques, etc., suivant le cas)—les troubles de l'équilibre ou de l'attitude, par l'éducation élémentaire et le renforcement des groupes musculaires, cause de l'instabilité—les troubles de la respiration, de la miction, de la défécation, par l'éducation des muscles du cou, du thorax, de l'abdomen, du périnée, etc., etc.

Technique de rééducation sensitivo-motrice et sensorielle.—LANGAGE. Apprentissage méthodique et élémentaire de l'articulation chez les aphasiques. Apprentissage du nom des objets. Apprentissage de l'écriture de la main droite, si possible, sinon de la main gauche.

Éducation de l'articulation et de la respiration chez les bègues, de même dans les autres troubles d'articulation.

Adaptation de la vue, éducation de l'ouïe et de l'articulation chez les sourds-muets.

Éducation du tact et de l'ouïe chez les aveugles.

Sensibilité.—Les troubles sensitifs sont justiciables de Rééducation progressive. Les mouvements actifs, les résistances, les pressions, les applications électriques, les massages, l'emploi de la chaleur et du froid, etc., sont les moyens utilisés avec succès.

Fonctions viscérales.—Celles-ci sont acomplies à l'aide de mouvements et de sensations. La Rééducation des fonctions viscérales est donc sensitivo-motrice. Elle comprend l'éducation des muscles du cou et du tronc et l'éducation de la sensibilité. La respiration, la miction, la défécation, la digestion, la circulation, les menstrues peuvent être modifiées.

Sens.—Les sourds ont des lacunes plus ou moins étendues du champ auditif. Il faut déterminer ces lacunes et chercher à apprendre aux sujets à percevoir les sons élémentaires qui leur manquent et à utiliser ceux qu'ils perçoivent.

La Rééducation du *tact* se fait, comme la Rééducation sensitive, au moyen des sensations de chaud, de froid, de résistance, de pression, avec l'aide de la sensation de l'effort, etc.

La Rééducation de la *vue* relève du même principe que la rééducation de l'ouïe.

Résultats.—Les résultats varient suivant la nature des affections, la valeur du rééducateur, du rééduqué et des aides. Ces résultats peuvent aller jusqu'à la guérison complète du trouble visé

[illegible]

[illegible] Néanmoins, [illegible] paralysies.

[illegible] large [illegible]

[illegible]

Enfin, [illegible] l'action des méthodes de Rééducation s'étend d'année en année, car la compréhension générale de la méthode et la coordination des efforts tentés sur divers points ne datent que d'une dizaine d'années.

Conditions de la cure. — Le traitement doit être dirigé et appliqué par une personne compétente dont la responsabilité est analogue à la responsabilité du chirurgien qui entreprend une opération. Un échec peut faire présumer l'incompétence de l'opérateur ou la résistance du sujet.

L'opérateur peut employer des aides entraînés à l'application de la technique.

Le malade doit être appliqué, patient, et résolu à attendre des résultats pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Quand ces résultats apparaissent, le sujet doit être assez intelligent pour s'en apercevoir, et assez sérieux pour ne pas se contenter d'à peu près.

La durée d'une séance varie de 15 à 40 minutes avec des repos. Il n'y a de fatigue qu'au début de la cure, et lorsque celle-ci est mal dirigée, — ou lorsque la résistance du patient est trop fortement compromise par la maladie (en ce cas la cure doit être suspendue). La fatigue des premiers jours est surtout une fatigue cérébrale, provenant de l'effort d'attention, inévitable au début de

[illegible]

La Rééducation ne doit [illegible] dispenser des autres [illegible] la maladie peut avoir besoin. Les traitements loc[illegible] ou [illegible]raux, l'aération, le milieu, doivent être surveillés avec la même [illegible] que la Rééducation elle-même. En particulier il [illegible]

En résumé la Rééducation est absolument comparable à [l'é]ducation. Elle exige de la part du maître et de l'élève les mêmes [qu]alités, le même temps, les mêmes efforts, la même discipline que [tou]s les autres enseignements.

LE CITRATE DE SOUDE EN MÉDECINE INFANTILE

Par J. PINAULT, M. D. Rimouski, Que

—

Au nombre des nouvelles médications qui depuis quelques années ont obtenu droit de cité en thérapeutique, il en est une qui à considérer la classe nombreuse de malades à laquelle elle s'adresse, et l'efficacité dont elle a fait preuve, mérite une première place. Il s'agit de l'usage du citrate de soude dans les désordres gastro-intestinaux des nourrissons.

En 1904 lors de la première communication de Variot sur ce sujet à la société médicale des hôpitaux de Paris, j'eus l'idée d'essayer ce médicament pour mon propre enfant qui souffrait de gastro-entérite. Le résultat exceptionnellement heureux de ce premier essai me frappa tellement que depuis j'ai continué à administrer ce médicament d'une manière systématique chez tous mes petits patients et malgré ma faible expérience je crois déjà pouvoir conclure que nous avons là un remède d'une très grande valeur.

Wright en Angleterre fut le premier en 1892 à utiliser le citrate de soude chez les enfants. Partant des recherches de Arthus et Pagès qui découvrirent les propriétés anticoagulantes des oxalates et des fluorures à l'égard du lait, et de celles de Griesback et Pekelhading qui utilisèrent le citrate de soude pour empêcher la coagulation du sang, il fit l'expérience suivante avec le citrate de soude,—les oxalates et les fluorures étant écartés à cause de leur toxicité.

Il prépara trois tubes. Dans le premier il mit 30 grammes de lait cru, 5 gouttes d'acide chlorydrique à cinq pour cent et un peu de présure. Dans le deuxième 30 grammes de lait bouilli et les mêmes autres éléments. Enfin dans le troisième le même contenu que le deuxième, mais en plus il ajouta 18 centigrammes de citrate de soude. Il plaça ces trois tubes pendant le même espace de temps dans une étuve et fit ensuite la constatation sui-

sante. Dans les tubes un et deux le coagulum était massif et compact tandis que dans le troisième contenant du citrate, le caillot était mou presque fluide et beaucoup plus transparent. Il en conclut que l'emploi du citrate de soude pourrait avoir le même effet dans l'estomac des nourrissons que dans son tube à expérience et qu'il rendrait par suite le lait plus digestible en en rendant sa coagulation plus légère. De là ses essais et l'adoption du médicament par Wright dans les gastropathies infantiles. S'inspirant de ces recherches, un autre médecin anglais, le Dr. F.-J. Poynton de Londres tenta l'usage de ce médicament en 1903, et après épreuve, il l'adopta d'une manière systématique chez les enfants atteints de gastro-entérites. En France, en 1904, Variot, médecin de l'hôpital des Enfants Malades de Paris, expérimenta ce mode de traitement et fut bientôt d'accord avec les confrères anglais à reconnaître et à prôner les bons effets de cette médication. Enfin Ausset de Lille, en 1905, le Dr Roger Shaw, médecin de St. Margaret House de Albany, aux Etats-Unis et plusieurs autres expérimentèrent à leur tour le nouveau médicament et tous sans exception reconnurent qu'en effet le citrate de soude jouissait de propriétés très intéressantes et d'une grande valeur dans ces maladies si désespérantes des nourrissons.

Voici ce que disait Variot lors de ses premières communications: "Le premier petit malade que je vous présente, dit-il, "vomissait depuis sa naissance à chaque tétée, et avait beaucoup "de diarrhée. On pouvait invoquer le défaut de réglementation "dans les tétées et considérer ces troubles comme des accidents "de suralimentation. Nous commençâmes donc par prescrire à "la mère de donner le sein régulièrement toutes les deux heures "et seulement une fois la nuit. Les vomissements et la diarrhée "persistèrent. C'est alors que nous avons eu recours au citrate "de soude en solution à 5 pour 300 d'eau distillée à la dose "d'une cuillérée à café avant chaque tétée. Dès la première se"maine du traitement les vomissements diminuèrent considéra"blement et finirent par disparaître. La diarrhée a presque "complètement cessé. L'accroissement de l'enfant est devenu "régulier

Au sujet du second cas, Variot dit : "L'enfant vomissait "constamment depuis l'âge de onze jours quoique élevé au sein

" et bien réglé a [illegible] toutes les deux heures, on donna le
" citrate de soude [illegible] la mère étant insuffisante
" les vomissements avaient cessé au bout de deux jours ".

Voici ce que dit encore le même médecin après six mois d'expérience sur une centaine de nourrissons. " Il est excep-
" tionnel que des vomissements persistant parfois depuis des
" mois, ne cessent pas par l'emploi du citrate. Les résultats
" sont surtout frappants chez les enfants au sein qui vomissent
" avec persistance le lait de leur mère et qui cessent de rejeter
" le lait après un ou deux [illegible]

De son côté M. [illegible] déclare : " Après avoir ad-
" ministré le citrate de soude [illegible] les enfants qui ne pouvaient
" digérer le lait de vache, [illegible] que la tolérance gastrique
" se rétablissait très vite dans tous les cas [illegible] les vomissements
" cessaient plus rapidement qu'avec les méthodes usuelles, comme
" le coupage à l'eau de Vichy [illegible]

Enfin Roger conclut de son côté qu'il est rare que les [illegible]
" missements dus à la suralimentation [illegible] à [illegible] autres [illegible]
" difficiles à déterminer ne cèdent pas après qu'on a administré le citrate de soude pendant deux ou trois jours [illegible]
" dès le premier jour ".

Il résulte de ces nombreuses expériences que nous possédons dans le citrate de soude un médicament réellement [illegible] qui, vu son innocuité, mérite de prendre place à côté des rares médicaments tolérés par les nourrissons tels que le bicarbonate de soude, la magnésie, l'acide lactique, etc.

Voici quelques observations prises à travers une trentaine de cas chez lesquels j'ai administré le citrate de soude suivant la méthode Variot.

[illegible] première concerne mon propre enfant qui vers l'âge [illegible] neuf mois pendant les chaleurs de juillet fut pris de gastro-entérite très grave ; l'enfant avait été enclin toute sa vie [illegible] des désordres de la digestion ; il vomissait souvent et avait une tendance continuelle à la diarrhée malgré tous les soins minutieux dont il était entouré. Son état devenait alarmant, [illegible] hydrique pour trente-six heures, qui eut pour effet [illegible] diarrhée et les vomissements. Mais à la première tentative d'alimentation, ces accidents réapparurent. C'est alors que j'ajouta[illegible]

chaque fois les deux bébés ...
... ment de la ...
de l'intolérance ... aliments
... lad. ...
... et ...
... mo ...
conséquence ... atrophie ...
... moyens dans ... deux ... été
... rigoureuse ...
... pé d'eau bicarbonatée, d' ...
... mes lactées du commerce ...
... t avait été inuti ...
... sté une intolérance
... uche Mad. B. une ... pour
... res nourrit ... Tou ... jour
bien ... l'histoire ... mence. Le
... eau-né comm ... à ... malgré
... mentation au ... re intelligente et bien
... ie ... En dis ... ement ... L'ins-
... e de ... ... donnai
... net de cesser de donner le ... lait
... stérilisé quarante ... les
... tot après ... déplorable,
... plus que
... Alors je prescri-
... que je donnais ...
... facile à digérer en l'em
... priai de bien examiner
... llot ... deux ou trois doses l'en-
... essa ... d'un renvoi en dix
... et la m ... frappé ... caillot qui lui apparut
... ment mou ... tenu ... continua à bien
... et dans un temps relat ... avec ce régime de

lait stérilisé additionné de citrate de soude, il reprit ses chairs en même temps que ses forces et continua à bien se développer.

Un troisième cas a trait à un enfant de 18 mois ayant eu de la diarrhée et des vomissements toute sa vie, le médecin de la famille ayant usé de tous les moyens connus sans succès.

L'enfant était anémié et amaigri. Consulté à son sujet je lui donne du citrate de soude, et dès ce moment il tolère son lait qu'il digère complètement. Je dus donner le citrate pendant près de deux mois sans interruptions, car à la seule tentative de suppression les vomissements réapparaissent.

Enfin une quatrième observation se rapporte à un bébé de quelques mois ne tolérant pas le lait de sa mère et encore moins le lait stérilisé. Il présentait le tableau des vomissements incoercibles. Le citrate de soude chez celui-ci eut un effet radical dès la première dose. La mère peut continuer à l'alimenter sans troubles aucuns. Mais comme pour le cas précédent la suppression du remède faisait réapparaître les vomissements. Je dus lui en donner tout un hiver.

Je pourrais encore citer vingt-six cas où j'eus occasion d'utiliser le citrate de soude, et dans chacun les résultats ont été pour moi aussi tangibles que dans ceux que je viens de rapporter l'histoire. Je puis donc avec connaissance de cause assurer que cette médication est une réelle conquête et qu'il suffit de l'essayer une fois pour l'adopter avec autant de conviction qu'a été adoptée la diète hydrique dans le choléra infantile.

Jamais avec le bicarbonate de soude, l'eau de Vichy, l'eau de chaux, [illegible] a été donné de constater une action antiémétique [illegible].

S[illegible] tous les cas de vomissements [illegible] tous les cas de diarrhée avec selles grumeleuses [illegible] vomissements incoercibles, les cas de choléra [illegible] de reprendre l'alimentation [illegible] cet obstacle si difficile à surmonter, enfin le sevrage lorsqu'il faudra passer du lait maternel insuffisant au lait de vache. Dans ce dernier cas on donnera le citrate à titre de préventif pour aider à faire tolérer les premiers repas du nouvel aliment.

Dans les vomissements incoercibles si tenaces et si désespé-
s le médicament est particulièrement précieux.

Voici d'après Variot des aperçus nouveaux sur ce syndro-
Les vomissements incoercibles peuvent être dus 1° à un
écissement congénital du pylore, 2° à une irritabilité gastri-
simple, 3° à une gastrite spasmodique. La première cause
extrêmement rare, il serait tout-à-fait imprudent de con-
ller une pyloroplastie pour remédier à des vomissements in-
cibles avant d'avoir épuisé le traitement médical. D'après
t l'irritabilité gastrique, simple cause des vomissements in-
ibles, ne serait que l'exagération de la phase normale de
traction de toute la tunique musculaire de l'estomac qui suit
près la tétée, et on reconnait que les vomissements incoercibles
dus à cette irribitalité par ce fait que le citrate de soude à
ul les arrête. " Le citrate de soude, dit Variot, a une action
ibitoire presque instantanée sur cette irritabilité gastrique
ple qui disparait très vite sans qu'on soit obligé de changer
lait ".

Dans les cas de gastrite spasmodique le citrate de soude ne
pas pour assurer la guérison, il faut en plus changer de lait.
dans ces cas de vomissements incoercibles on devra tou-
donner le citrate en premier lieu, et si on échoue on chan-
de lait tout en continuant, et dans la grande majorité des
cette manière de faire sera couronnée de succès. Variot à
dans un travail publié en février 1907 rapporte l'obser-
suivante :

Enfant né à terme, nourri par une mère ayant du lait nor-
en abondance. Dès les premiers jours après la naissance,
nouveau-née rejette une bonne partie du lait qu'elle prend
de sa mère. Au dispensaire Furtado-Heine, on conseille
ment mixte avec du lait stérilisé. Les vomissements con-
Lors d'une première consultation dans le service de M
on ordonne une cuillerée de solution de citrate de soude
chaque tétée, et une tétée toutes les trois heures. Les vo-
ents continuent. Un mois et demi plus tard l'enfant qui a
x mois pèse 3 kilos 090 ; elle est une *atrophique* retardée
la croissance et non une athrepsique.

Variot qui la voit pour la première fois *supprime le sein*

et donne le lait industriel stérilisé : toutes les deux heures et demie un biberon de 60 grammes puis un de 75 grammes. De plus dans chaque biberon, il fait ajouter une demi-cuillerée à café de sucre en poudre et 15 *grammes de solution de citrate de soude à 5 pour* 300. Après cinq jours les vomissements ont tellement diminué qu'on peut porter le biberon à 75 et 90 grammes alternativement.

L'enfant qui pesait 3 kilos 900 au 15 septembre, pèse 3 kilos 950 le 22. Le 1er octobre elle pèse 4 kilos 100 et 4 kilos 395 le 10 octobre. Le 3 octobre quelques vomissements reparaissent ; puis ils cessent définitivement et chaque tétée est alors de 90 grammes.

Comment doit-on donner le citrate de soude ?—Il résulte des diverses expérimentations que la dose qui le plus souvent suffit est dans la proportion de 0.06 centigrammes de citrate pour environ 30 grammes de lait. Shaw, dans quelques cas de vomissements habituels, a pu porter la dose jusqu'à 20 centigrammes par 30 grammes de lait sans inconvénients, le lait n'étant aucunement altéré dans son goût, et les petits malades l'acceptant très bien.

Variot prescrit une solution de 5 grammes de citrate de soude dans 300 d'eau distillée stérile. Shaw donne une solution cinq fois plus concentrée. Il est une précaution qu'il importe de ne jamais oublier. *C'est celle de toujours donner une solution fraîchement préparée*, et de rejeter celle qui aura un tant soit peu vieilli, et à plus forte raison qui présentera des moisissures car dans ces cas, il y a décomposition du citrate et formation d'oxalate qui est toxique. Pour cela on ne devra délivrer qu'une petite quantité de solution à la fois et cette solution sera préparée extemporanément par double décomposition en neutralisant l'acide citrique par le bicarbonate de soude en solution dans l'eau. On pourra ajouter quelques gouttes d'eau chloroformée pour aider à la conservation. Ainsi donc si l'on veut donner la solution de Shaw dosée à 40 grains à l'once, on pourra prescrire :

Acide citrique pulvérisé........	280 grains
Bicarbonate de soude........	332 grains
Eau q. s. pour...............	12 onces

Si l'on préfère la formule de Variot qui contient environ cinq ... moins de sel, on pourra ordonner come suit :

Acide citrique..................	56 grains
Bicarbonate de soude...........	67 grains
Eau distillée q. s. pour..........	12 onces

On pourra encore se servir de comprimés au bicarbonate de ...e et à l'acide citrique ou ceux de citrosodine Grémy dosés à 0.25 centigrammes de citrate trisodique chimiquement pur.

J. PINEAULT, M. D

Rimouski, 21 juillet, 1908.

VOLUMINEUX SARCOME DE LA CONJONCTIVE BULBO-PALPEBRALE

Par J. N. Roy, médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

L'observation suivante nous semble avoir un certain intérêt, si nous examinons soit séparément, ou dans leur ensemble, les symptômes observés chez notre petit malade. En effet, le sarcôme primitif de la conjonctive bulbo-palpébrale est une affection relativement rare, et le pronostic est d'autant plus sérieux que le néoplasme semble vouloir envahir l'orbite. Ayant pour origine le chorion conjonctival, ou le tissu cellulaire qui lui est sous-jacent, la tumeur en augmentant soulève la muqueuse oculo-palpébrale qui se distend avec elle. Dans notre cas, la rapidité d'évolution de ce sarcôme spontané, sans pigmentation, développé dans l'espace d'environ sept semaines chez un enfant de six ans, [illegible] attirer spécialement notre attention. Bien que ni les ganglions préauriculaires ni les cervicaux ne fussent hypertrophiés, nous n'en avons pas moins considéré la maladie comme très grave, étant donné que la tumeur commençait déjà à se propager au tissu de la [illegible] orbitaire et à la capsule de Ténon, et qu'une biopsie antérieure [illegible] renseigné sur sa nature sarcomateuse. Aussi nous [illegible] pas hésité [illegible] encore sain en faisant l'exentération de l'orbite.

[illegible] L'enfant T. R[illegible] âgé de six ans, nous est [illegible] l'Hôtel-Dieu, le 11 janvier [illegible] pour tumeur [illegible] D'après [illegible] début apparent du néoplasme [illegible] elle remarqua [illegible] un jour [illegible] attention, elle [illegible] couvrir largement les yeux [illegible] une espèce de [illegible] rouge [illegible] entre le globe et la paupière supérieure. Aucun autre symptôme n'avait été constaté antérieurement, et cette tumeur [illegible]

une tendance à l'hémorrhagie, commença dès lors à sécréter uide séro-purulent en proportion de la rapidité de son dévement.

La famille de notre petit malade se compose de neuf enfants, un, mort à trois ans de méningite tuberculeuse, et les autres nne santé. Nous trouvons chez ses ancêtres une diathèse chargée de tuberculose, mais il semble ne pas y avoir de

Le patient jouit d'une constitution plutôt robuste pour son t n'a jamais fait de maladie, à l'exception d'une adénite cersuppurée à droite qui s'ouvre et se referme tous les mois cinq ans. Cependant la mère avoue que la respiration n'est rmale, qu'il dort la bouche ouverte, et fait du bruit pendant mmeil.

Aucune histoire de traumatisme ou de corps étranger de droit, ni même de catarrhe conjonctival.

A l'examen, nous constatons une tumeur qui pend sur la joue s'est développée aux dépens d'un large pédicule inséré au du cul-de-sac supérieur de l'œil droit. Ce néoplasme est onnant, saigne au moindre contact et son aspect est rouet sanieux. Il est recouvert en partie par la conjonctive re fortement décollée, distendue et ulcérée par endroits, et conjonctive de la paupière supérieure ectropionnée. Une ion séro-purulente s'échappe continuellement de cet œil et t un léger érythème de la joue. Les mensurations de la tudans son plus grand diamètre nous donnent environ deux etres d'épaisseur, cinq centimètres de hauteur et sept centide largeur. Après l'avoir soulevée pour examiner la nous constatons que celle-ci est normale et que la pupille bien La tension oculaire n'est pas augmentée, il n'y a pas htalmie, ni d'abaissement du globe. Les mouvements de ont naturellement limités, mais la vision directe est aussi droite qu'à gauche

ucune douleur depuis le début de la maladie.

at absolument normal de l'œil gauche qui est emmétrope.

a rhinoscopie antérieure des deux côtés ne montre rien de teressant, mais la rhinoscopie postérieure nous permet de r des végétations adénoïdes.

[illegible]

[illegible] Ces préparations ne renferment aucune pigmentation.

[illegible] Diagnostic [illegible] globo-cellulaire [illegible] évolution [illegible]

Pendant les quelques jours qui suivirent le premier examen, nous fûmes témoins du développement vraiment remarquable de cette tumeur tel que nous l'[illegible] sur nos deux photographies. La première [illegible] le 12 janvier, et la seconde le 20 du même mois

Fig. 1 — 12 janvier 1908.



Fig. 2. — 26 janvier 1908.

[illegible]

... en bactériologique de ce pus ne révèle rien de parti... intéressant, si ce n'est l'absence du bacille de K... et ... Les suites post-opératoires sont des plus ... La cavité lavée journellement au peroxyde d'hyd... ne ... très peu, et se tapisse rapidement d'une couche de ... ; quant à ceux qui ont une tendance à l'hémorragie, ... cautérisés ou enlevés à la curette. Au bout d'un mois le ... malade est considéré comme à peu près guéri et nous nous ... de lui faire dans la semaine suivante une tarsorrhaphie ... lorsqu'une complication assez sérieuse vint se mettre de ...

La scarlatine et la varicelle lui furent apportées ...

[illegible] par [illegible] parents venus le voir à l'Hôtel-Dieu, et nous dûmes le [illegible] à l'hôpital Saint Paul pour les contagieux où il fut admis le 28 février. Le [illegible] mars, étant en pleine éruption de [illegible], le [illegible] decin de service remarqua qu'il commençait [illegible] pustules de varicelle, si bien qu'il contamina tous les [illegible] de son pavillon. A partir de ce moment l'associa-[illegible] lui donna des symptômes d'infection très pr[illegible] noncés et le 13 mars se déclarait une néphrite aigue. Deux jours après, on constatait de l'endocardite, et le 20 mars de l'anasarque. Pour terminer cette série de symptomes bruyants le 24 mars il faisait une infection généralisée de son cuir chevelu. Malgré toutes ces complications, jamais la température ne dépassa 103 F. et la maladie s'améliora suffisamment bien dans le mois d'avril pour permetre au petit patient de revenir à l'Hôtel-Dieu le 29 absolument rétabli de ses fièvres éruptives. Nous continuons alors à lui traiter sa cavité orbitaire qui s'était infectée pendant son séjour à l'hôpital Saint-Paul, en lui enlevant des fongosités accumulées seulement sur la partie inférieure. Ces bourgeons examinés au microscope ne révèlent aucun élément sarcômateux, et nous rassurent quant à la possibilité d'une récidive. Au bout d'un mois son orbite est tout à fait guéri, ainsi que son adénite cervicale curettée et soignée au moyen de pansements humides.

Les tumeurs adénoïdes ayant été enlevées, il ne nous restait plus alors qu'à nous occuper de la partie esthétique de sa cavité orbitaire. En effet, la paupière supérieure s'étant rétractée sur elle même, laissait cet orifice légèrement béant, de sorte qu'à part l'état disgracieux que présentait le malade, il était exposé aux infections extérieures.

Comme son orbite était légèrement rempli par un tissu granuleux solide, nous décidons alors de lui faire une tarsorrhaphie médiane qui fut pratiquée le 4 juin.

Deuxième opération.—Endormi de nouveau au chloroforme, nous détachons les paupières circulairement jusqu'au rebord osseux. Après avoir avivé la partie médiane de leurs lèvres meibomiennes sur une étendue de un centimètre, nous appliquons deux points de suture en conservant au champ ciliaire sa position normale. L'hémostase étant complete, nous terminons cette petite intervention par un pansement asez serré. Dans les jours

ivants, nous faisons quelques lavages antiseptiques, et le 18 juin petit malade peut retourner dans sa famille absolument guéri.

Nous sommes heureux de constater que la fente palpébrale est entièrement close, et que malgré la tarsorrhapie l'orbiculaire a conservé un certain pouvoir d'action.

La dépression orbitaire n'est pas bien apparente, et les paupières sont appliquées directement sur le fond de cette cavité.

La guérison se maintiendra-t-elle ? Nous avons droit de l'espérer si nous considérons, d'un côté, la rapidité d'évolution de ce sarcome, et de l'autre, la persistance de la guérison depuis bientôt six mois.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES MOYENS A PRENDRE POUR VULGARISER L'HYGIENE

On ne discute plus aujourd'hui la nécessité de vulgariser les connaissances de l'hygiène. La profession médicale est, en effet, d'accord pour affirmer que la connaissance des éléments d'hygiène est indispensable à tous les citoyens de la ville ou de la campagne, aux ouvriers comme aux gens instruits. Les difficultés rencontrées par les hygiénistes auprès des gouvernements, des municipalités et de toutes les corporations ou compagnies ne tiennent qu'à l'ignorance de l'hygiène qui est presque générale en dehors du corps médical. Cependant, comment avoir des égouts convenables, de l'eau saine, comment éviter les épidémies chez les enfants de nos écoles, comment obtenir du lait pur pour les bébés si l'hygiène n'est connue que des médecins.

Quelques progrès ont été réalisés chez nous, et pour deux raisons :— 1°. Parceque plus que jamais les médecins canadiens, imitant en cela leurs confrères d'Europe, ne cessent de demander les choses les plus indispensables à la santé publique. Ils sont toujours à la tête de toutes le associations privées pour la prévention des maladies lorsqu'ils n'en sont pas les fondateurs. 2°. Parceque notre public commence à s'intéresser aux choses d'hygiène et à collaborer avec nous. Mais il nous reste beaucoup à obtenir pour rivaliser avec certains pays d'Europe, et nous ne craignons pas de le dire, nous n'aurons de succès dans nos demandes auprès des pouvoirs publics qu'en autant que ces mêmes pouvoirs publics seront composés de gens capables de nous comprendre et de saisir la portée des améliorations demandées.

Il faut donc prendre tous les moyens à notre disposition capables d'instruire notre population en l'hygiène comme cela se fait ailleurs. La chose est assez difficile à réaliser pour [illegible] qu'on s'arrête un instant sur les moyens à prendre pour atteindre le plus tôt possible ce but si désirable. C'est là le sujet de [illegible]

ommunication, et si je propose une manière de procéder qui me rait très simple et très rationnelle, je n'ai pas l'ambition de la oire parfaite. Je soumets mon plan à la considération de mes nfrères avec la certitude qu'il sortira meilleur de la discussion u'il provoquera, si mes espérances ne sont pas déçues.

La Société est composée de citoyens adultes et de citoyens en erbe ; ces derniers la dirigeront plus tard lorsque, à leur tour, ls seront devenus des adultes. Comment enseigner les uns et les autres ?

MM. les docteurs Valin et Brochu, rapporteurs sur la quesn de l'enseignement de l'hygiène à l'école, nous indiqueront, yons en sûrs, la meilleure méthode à suivre pour les enfants.

Je veux, pour ma part, m'attacher à résoudre le problème de l'enseignement de la population adulte.

Moyens à prendre :

1°.—L'enseignement de l'hygiène au moyen d'articles pués dans les journaux quotidiens. La chose est déjà pratiquée à ontréal, et dans trois des plus grands journaux—*La Patrie*, *Presse*, et *Le Canada*. Quelques confrères et moi, nous avons rsuadé quelques collaboratrices à faire des articles d'hygiène près des notes que nous leurs avons fournies. Nous avons nsé qu'il allait toucher le cœur des lecteurs, et surtout des lecces pour plus de chances de succès, et nous avons entrepris campagne contre la mortalité infantile. Ce sujet est symhique à nos interprètes et à leurs lectrices. Il a été facile téresser les éditeurs de journaux, qui nous ont ouvert toutes ndes leurs colonnes. Nous avons obtenu également la publion quotidienne d'un avis aux mères pendant les chaleurs d'été meurtrières pour les bébés. Je donnerai plus loin la teneur de avis, ainsi que les titres et divisions de chacun des articles ou à paraître. Plusieurs personnes nous ont déjà dit beau de bien de ces leçons d'hygiène infantile, et nous ont assuré lles avaient une grande portée. Nous le croyons sans peine, ous en sommes d'autant plus heureux, que ce moyen de vulser l'Hygiène est commode pour les médecins. Il suffit de er une personne, jeune fille ou dame, ayant beaucoup de fa- à écrire, et la chose est facile, car, je m'empresse de le dire

le nombre de jeunes Canadiennes instruites est aujourd'hui très grand, et comme elles ont beaucoup de loisirs, la tâche que nous leur imposons leur devient un plaisir, si nous avons soin de donner des notes et explications très claires, ainsi que la litterature médicale capable de les éclairer sur les sujets à traiter. Nous procédons de la façon suivante :

Nous écrivons nous-même le titre de l'article, ainsi que chacun des points à traiter, et par ordre, en ajoutant sur chacun d'eux aussi succinctement que possible, les explications nécessaires. Ces notes sont lues en notre présence par la personne qui doit faire l'article. Lorsque celui-ci est composé, il nous est lu, et il est corrigé, s'il le faut, avant d'aller à l'imprimerie. Ce moyen, qui a pour le moins de l'originalité, a sur beaucoup d'autres l'avantage d'être facile d'exécution, et de ne pas demander aux médecins déjà chargés de besogne, beaucoup de temps et d'effort de style

Deuxième moyen :

Conférences d'hygiène populaire dans les différents quartiers de la ville. M. le Dr. Valin fait depuis trois ans des conférences d'hygiène dans les salles du Monument National, rue St-Laurent, et avec le plus grand succès. Ces conférences qui ont lieu tous les dimanches après-midi, sont suivies par un auditoire nombreux et toujours le même, qui prend le plus grand intérêt à l'enseignement du distingué Professeur, qui sait naturellement rendre son cours des plus intéressants. Mais il est évident que ces conférences, qui se font sous le patronage de l'Association St-Jean-Baptiste, ne peuvent suffire à la population entière de notre ville, dont l'élite seulement prend la peine de se rendre, d'un peu partout, aux salles du Monument National. Nous souhaitons donc d'ajouter aux conférences du Dr Valin plusieurs autres, faites dans chacun des nombreux quartiers de la ville par plusieurs médecins dévoués, en plein centre de la population qui a le plus besoin des enseignements fournis par l'hygiène. Les quartiers de la ville constituent [illegible] comme autant de centres et de villages, d'où plusieurs des gens [illegible] ne sortent que rarement. Ils ont à leur résidence leur église, leur médecin, leurs magasins, et ils aiment qu'on aille chez eux [illegible] les entretenir de tout ce qui peut les intéresser. [illegible] de cette mentalité particulière au peuple.

et pour en atteindre la plus grande partie, que nous avons songé à instituer un centre de conférences dans chaque paroisse de la ville. Il est facile de trouver partout des salles de conférences dans les écoles qui sont mises à notre disposition par les membres de la Commission des Ecoles Catholiques. Nous avons pensé que le meilleur moyen d'avoir un auditoire nombreux à chacune des conférences populaires données, était de placer l'œuvre des conférences populaires sous le haut patronage de notre Archevêque et de son clergé. Mgr. Bruchesi, au cours d'une entrevue, nous a assuré son appui et son concours précieux. Il a abondé dans nos idées, et a compris comme nous la nécessité d'instruire notre population et, lorsque nous avons appuyé sur la grande mortalité infantile qui augmente en proportion considérable, Sa Grandeur a particulièrement insisté sur l'union du clergé et de la profession médicale pour lutter avec efficacité contre ce fléau. Grâce à cet appui de notre Archevêque, l'œuvre des conférences d'hygiène populaire sera aprouvée du haut de la chaire dans toutes les églises, et chacune des conférences y sera annoncée à son tour. Notre population, si croyante, en voyant l'union de ses prêtres et de ses médecins comprendra mieux son intérêt, et assistera, nous en sommes certain, aux conférences qui commenceront en septembre prochain.

Nous nous sommes arrêté sur le choix d'un certain nombre de conférences les plus utiles ; je donnerai plus loin les titres et les plans de chacune d'elles. Pour ne pas demander aux médecins conférenciers une somme de travail trop grande, telle qu'exigerait la préparation de la série complète des conferences, nous avons obtenu le concours d'autant de conférenciers qu'il y a de conférences à faire. Chaque médecin passera à tour de rôle d'un quartier à un autre, où il répètera sa causerie. Ses auditeurs auront ainsi une variété de conférenciers et de conférences.

Pour le bénéfice de ceux qui ne pouront pas assister à ces conférences, nous verrons à ce que chacune d'elles soit publiee in extenso et l'une après l'autre dans nos principaux journaux.

L'œuvre des conférences populaires pourrait être auprès du public l'organe des différentes ligues de Bienfaisance de Montréal : La Ligue Anti-tuberculeuse--La Ligue Anti-alcoolique--La Ligue

du Lait Pur—La Ligue contre la mortalité infantile et par l'intermédiaire des conférenciers intéresser le public à leur œuvre.

Nous donnons ce plan de travail pour ce qu'il vaut, avec l'espérance qu'il en provoquera d'autres encore plus capables d'atteindre le même but, c'est-à-dire la vulgarisation de l'hygiène.

Titres des articles à écrire dans les journaux sur l'hygiène.

1° La mortalité infantile dans notre ville et ailleurs. Statistiques comparées.

2° L'ignorance des mères, ses causes et les moyens d'y remédier.

3° Hygiène du nourrisson élevé au sein maternel.

4° Hygiène du nourrisson élevé au lait de vache.

5° Les poudres alimentaires ou farines préparées dans l'alimentation du nourrisson.

6°. La suralimentation et les aliments indigestes chez les nourrissons.

7° Abus des médicaments et les sirops calmants chez le nourrisson.

8° L'hygiène des habitations.

9° Le lait vendu dans notre ville et son impureté, rapport du chimiste.

10° Causes de l'impureté du lait relevant de l'état des [illegible].

11° Causes de l'impureté du lait relevant de son expédition à la [illegible].

12° Causes de l'impureté du lait relevant de l'insuffisance de [illegible] et de l'insuffisance des règlements municipaux [illegible].

13° Causes de l'impureté du lait relevant de sa livraison à domicile.

14° Comment le lait doit être traité et conservé dans les familles.

15° Diarrhée infantile—ses causes et son traitement.

Comme nous l'avons dit plus haut, les sujets de ces premiers articles ont été choisis parce qu'ils relèvent de l'élevage des enfants, et

us avons pensé qu'ils intéressaient beaucoup plus que les lec-
ces, ainsi que les jeunes personnes qui les ont écrites sous notre
ection. Mais il n'y a pas de raisons pour que l'hygiène sous
tes se ... es ne puisse être traitée de la même manière.

...eres et conférences à faire dans les quartiers de notre ville par des médecins.

1 Hygiène de la première enfance.
2 Maladies contagieuses
3 Maladies du système digestif
4 Maladies spéciales—des yeux—de la gorge—du nez et des ...ies
5 Hygiène de la seconde enfance.
6 Hygiène de l'habitation
7 Mortalité infantile trop élevée—Moyens de la diminuer.
8 Le lait vendu à Montréal.
9 Les préjugés populaires sur la médecine
10 Drogues ou médicaments brévetés, et les charlatans.
11 Tuberculose.
12. Alcoolisme.
13 Maladies chirurgicales de l'enfance.
14 Hygiene des femmes mariées

Le sujet des conférences peut varier à l'infini. Nous avons ... ceux-ci parcequ'ils couvrent un champ assez vaste et tou... particulièrement la première enfance.

La ville a été divisée en quartiers, et probablement que ces ...érences seront données dans les endroits suivants :—1. St-...rn ; 2. St-Joseph ; 3. St-Jacques ; 4. St-Jean-Baptiste ; 5. ...Pierre ; 6. St-Vincent de Paul ; 7. Mile End, 8 Sacré-Cœur ; ...Hochelaga ; 10. Immaculée Conception ; 11. St-Patrice ; 12. ...Agnes ; 13. Ste-Marie

Nous avons l'intention d'avoir quelques conférenciers pour ...pulation catholique de langue anglaise, ainsi qu'un confé...er pour les Syriens, et un autre pour les Italiens qui sont ...breux dans notre ville

JOS.-EDM. DUBE.

CONSIDERATIONS PRATIQUES SUR CERTAINS TROUBLES DIGESTIFS

—

J'ai surtout en vue dans cet article, le traitement général, que je crois le plus approprié, dans les différents états dyspeptiques, qu'on rencontre en pratique courante.

En lisant les auteurs ou en compilant les notions accumulées par les pathologistes des voies digestives, l'on est frappé par l'importance presque exclusive, que l'on donne à la sécrétion gastrique.

Le travail chimique effectué par l'estomac, est certainement très important, mais l'on oublie trop souvent, les troubles sensitifs, et la fonction motrice de l'organe, dont le rôle essentiel est d'évacuer progressivement les aliments dans l'intestin.

Les désordres les plus graves apparaissent, dès que ce fonctionnement moteur est troublé, ou que sous une influence quelconque, la sensibilité gastrique se modifie.

En clinique, nous voyons chaque jour, l'estomac fonctionner parfaitement, quel que soit l'état du chimisme gastrique.

Une modification de la sécrétion gastrique, ne suffit pas à creer un etat morbide. Le type chimique est certainement un signe de grande valeur mais ce n'est pas le seul ni même toujours le symptôme prépondérant. Il faut, en même temps, étudier les viciations des autres fonctions gastriques, notamment les troubles moteurs et sensitifs.

La valeur sémiologique du chimisme stomacal, sera ainsi mieux précisée, et mieux interpretée.

Foncton motrice.—Les mouvements de l'estomac se produisent, sous l'influence de son contenu et sont dirigés par le système nerveux.

La chaleur parait être un des meilleurs excitants de la contraction gastrique, de même que la peptone et l'acide chlorhydrique.

L'excitation nerveuse se transmet par le pneumogastrique, [illegible] posséderait aussi d'après des recherches récentes des fibres [illegible]bitrices de l'estomac.

L'estomac dans ses contractions, subit l'influence du système nerveux. L'étude des malades confirme chaque jour les données expérimentales.

A l'état normal, la sensibilité consciente de l'estomac est presque nulle : le sujet ne perçoit pas le contact ni même les traumatismes. Mais sa sensibilité réflexe est très développée. Il perçoit nettement les différences de température. Sa sensibilité musculaire est très prononcée à la distention.

Une division rationnelle des différents états dyspeptiques me paraît être la suivante.

I. Dyspepsies causées par une mauvaise alimentation, ou l'ingestion de substances irritantes, repas trop copieux ou trop fréquents, surmenage de l'organe.

II. Dyspepsies nerveuses, survenant dans divers états névropathiques, hystérie, neurasthénie, psychoses.

III. Enfin les dyspepsies secondaires, faisant suite à une appendicite chronique, à une lithiase biliaire, aux ptoses viscérales, aux troubles génitaux-urinaires, etc.

Diagnostic. — Il faudra donc examiner le malade, au triple point de vue de son hygiène alimentaire, de son état nerveux et de l'état général actuel de tous ses organes.

Il est souvent très difficile, au milieu des troubles innombrables dont se plaignent généralement les malades, d'avoir des renseignements précis. Mais en questionnant méthodiquement les malades, l'on apprendra s'il a toujours souffert, si les troubles sont consécutifs à un état nerveux, ou s'ils sont survenus à la suite d'une autre affection.

Parmi les signes relatés par le malade, les premiers et les plus constants, sont la douleur, les malaises, les vomissements. Il faut bien en faire préciser le moment et la nature, et les différentes irradiations.

Signes objectifs.—Le malade étant étendu, il faut d'abord noter le dégré de résistance de la paroi abdominale, palper le foie

percuter l'estomac, constater s'il est distendu, par les moyens ordinaires. J'y ajouterai un moyen pratique, c'est de se servir de stéthoscope. Appuyé sur la région stomacale, que vous frottez avec la pulpe du doigt, il permet de délimiter l'estomac et de reconnaître le dégré de distension.

L'existence du bruit de clapotage, après l'ingestion d'une petite quantité d'eau, sera assez facile à percevoir, surtout s'il s'y joint un certain degré de ptose.

Il faut noter aussi l'hyperesthésie caractéristique à la pression, dans les dyspepsies névropathiques, hyperesthésie permanente du plexus solaire, facile à distinguer des autres causes qui d'une façon passagère, peuvent créer le même signe.

On n'oubliera pas de rechercher les zônes d'hyperesthésie ou d'anesthésie, qui pourraient révéler l'existence de l'hystérie.

Le cathétérisme de l'estomac n'est pas toujours nécessaire. Il sera destiné à explorer l'estomac, le matin à jeun, pour reconnaître l'hypersécrétion ou la stase, presque toujours symptomatique d'une ulcération du pylore. La recherche des traces de sang, dans le contenu gastrique ou les fécès, permettra de reconnaître et d'éliminer l'ulcère et les formes frustes du cancer de l'estomac.

Etat général.—Tous les troubles gastriques se modifient sur un terrain névropathique. On devra donc en tenir compte dans le traitement.

Enfin un examen rapide du cœur, des poumons, du foie, de l'appendice iléo-cæcal, des organes génitaux-urinaires, permettra de diagnostiquer une dyspepsie secondaire.

Grâce à un examen méthodique, il est rare qu'on ne puisse répondre à cette question, essentielle pour le traitement.

Les troubles dyspeptiques du malade sont-ils liés à une gastrite, à une névrose, ou sont ils secondaires à une maladie du voisinage ? L'épreuve thérapeutique aidera souvent à lever le doute dans un diagnostic hésitant. Par exemple un régime rigoureux, dans une gastrite par irritation alimentaire est suivi d'une amélioration rapide. La preuve thérapeutique aura toute sa valeur, dans les dyspepsies secondaires ; par exemple, les troubles

…s du prostatique, avec rétention et infection urinaire, ne …t céder qu'à des lavages de la vessie.

…ystérie gastrique relève seulement de la psychothérapie

…raitement. Le traitement comprendra : 1° Le régime … repos et la révulsion stomacale. 3° Les agents physiques, …emple, l'hydrothérapie. 4 Les médicaments. Ceux-ci …terent suivant qu'il s'agisse *d'hyperpepsie et d'hypo-*…

Mais aux différents troubles dyspeptiques, peuvent se joindre …nditions particulières suivantes : 1° La dilatation de l'es… 2° La constipation (celle-ci peut être atonique ou spas…que). 3° La diarrhée. 4° La douleur.

Le régime. Les agents physiques et le traitement médica…ents varient suivant ces différentes conditions.

…on est incapable par les signes fonctionnels ou physiques …naitre le chimisme stomacal. Il serait faux de croire que … est spéciale à l'hyperpepsie.

… aussi très important de connaitre le cycle digestif à …r si l'estomac se vide rapidement.

Il faut donc tuber le malade, et analyser son suc gastrique …rès un repas d'épreuve, *b*, à jeun.

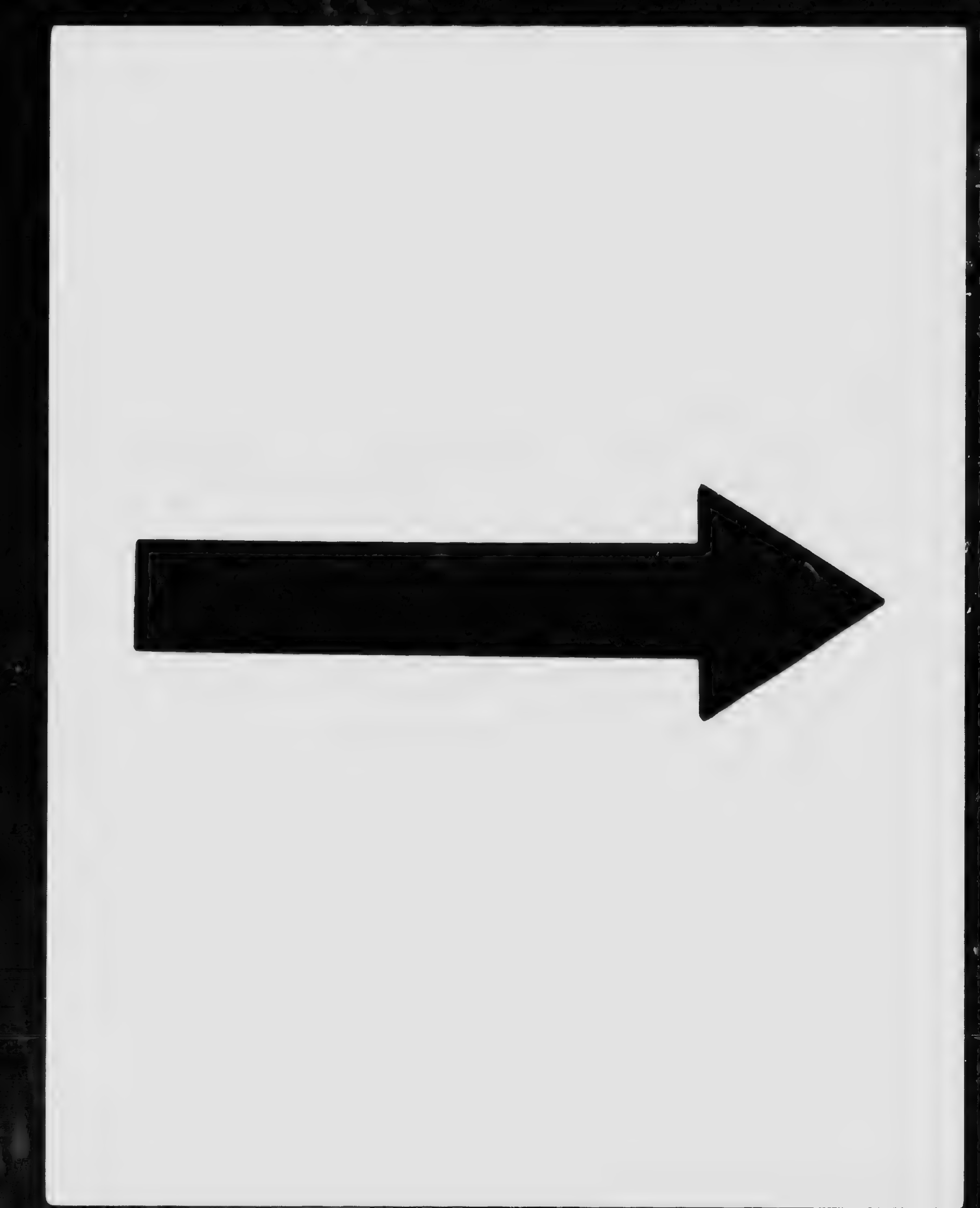
I. *Régime.—État gastrique aigu—hypo ou hyperpepsie—* …ape. Un verre de lait écremé toutes les trois heures. Si …lade a des gaz et se plaint qu'il ne passe pas le lait donnez …tage à l'eau et au lait. Ces potages sont de farines maltées …rge, riz, phosphatine, Nestlé-food, etc.

…ème étape.—Après quelques jours, le malade commence à …r la faim, essayez les pommes de terre longuement cuites.

…ème étape.—Introduire dans l'alimentation quelques légu…en purée v. g. pommes de terre

…ème étape.—Un œuf au milieu de la journée, puis trois (à la coque peu cuits toujours), ensuite ajoutez des aliments … v. g. du poisson à chair blanche.

5ème étape.—Cervelle, viandes blanches, une fois par jour …dinées). ensuite viandes noires—entre-mets, fromage, crème, …ing de semoul, tapioca, compotes de fruits.



Dernière étape.—Le pain est toujours mal supporté. On tâchera de le remplacer ce qui n'est pas facile. En France l'on fabrique des biscuits de légumine (faits avec légumes) qui remplacent avantageusement le pain. Comme boisson, l'eau pure non gazeuse.

Tout ce qui doit être pris, doit être réduit en purées ou moulinées.

II. *Repos.*—Après les repas, une demi-heure à une heure étendu sur une chaise longue, le ventre relevé. Si le malade a de la dilatation de l'estomac, il faut du repos avant les repas afin de bien faire vider l'estomac, pour qu'il n'y ait pas subintrance de la digestion.

Il sera bon aussi de faire de la révulsion gastrique, avec des compresses chaudes ou froides, appliquées sur la région stomacale. Chaudes s'il y a de la douleur.

III. *Agents physiques.*—Il faut mettre les malades dans les meilleures conditions hygiéniques possibles ; faire de l'hydrothérapie v. g. Pour ces dernères respecter la susceptibilité du malade.

Médicaments hyperpeptiques, dialytique artificiel.— Il faut donner des solutions, v. g. l'eau de Carlsbad.

Sulfate de soude..	3 grammes
Bicarbonate de soude.........	2 grammes 50
Chlorure de sodium..........	1 gramme
Eau	1 litre

Il faut donner cette solution le matin à jeun : Un verre de cette solution, chauffée au bain-mari, en trois fois, à vingt minutes d'intervalle.

Pour les hypopeptiques, cette solution ne fait pas du tout.

Quand l'hyperpepsie n'est pas bien prononcée l'on peut donner un peu d'eau de Vichy Célestins, dans laquelle on ajoute un paquet de sulfate de soude, de 3 à 5 grammes et chauffé au bain-mari.

Si l'hyperpepsie n'est pas bien typique, voici une solution intermédiaire dont je me suis toujours bien trouvé.

4	Chlorure de sodium...........	5 grammes
	Sulfate de soude..............	2 grammes
	Eau	1 litre

Prendre un verre d'eau froide le matin à jeun. Cette solution, d'après Hayem, a pour effet de dégager l'estomac, et de donner ensuite le vrai type.

Hypopeptiques—

Képhir { No. 1 / No. 2 (le plus pratique) / No. 3 }

Les résultats sont très bons mais il faut le donner méthodiquement, peu à peu augmenter graduellement.

L'on peut donner 15 à 20 gouttes d'acide chlorlydrique dilué après les repas, surtout si le malade est diarrhéique. En même temps que le Képhir, Hayem donne la solution suivante :

Chlorure de sodium...........	5 grammes
Phosphate de soude...........	3 gramme
Eau	1 litre

Un verre d'eau froide le matin à jeun, en une fois, surtout chez les déprimés.

Particularités.—Si l'estomac est dilaté ou ptosé, faites une série de 12 à 15 lavages, avec eau pure tiède.

Introduisez $^1/_3$ de litre à chaque fois, et retirez de suite.

Si c'est un *constipé atonique*, vous prescrivez comme régime le pain complet (celui fait tout de blé) afin de faire un bol alimentaire ; beaucoup de légumes, gruau, fruits, pruneaux, figues, miel, etc. Le matin un verre d'eau froide. Faites de grands lavages intestinaux, (série de sept) $^3/_4$ de litre par lavage, massage de l'abdomen et mécanothérapie ; v. g. se lever et se recoucher doucement, et faire faire des mouvements des jambes.

La formule suivante sera très utile.

Chlorure de sodium	3 grammes à 5 grammes
Sulfate de soude...	5 grammes à 10 grammes

Dose. Un verre d'eau froide, huile de ricin ou psyllium, électrisation, (faradique)—un électrode dans le rectum, l'autre sur la paroi abdominale.

Chez les constipés spasmodiques.. DOUCEUR.—Ne pas donner d'aliments grossiers, v. g. pain complet, pas de massage Il faut donner un lavement d'huile, v. g. 200 grammes le soir, pour garder toute la nuit, surtout la belladonne, l'électrisation (méthode spéciale) ne pas faire de grands lavages intestinaux.

Si le malade a la diarrhée, le régime est important : Képhir ; diète alimentaire féculente,—aliments réduits en purée, régime mixte, œufs, légumes, pas de fruits, pas de légumes verts. Comme médicaments, donnez : acide lactique, 10 à 15 grammes, en limonade, dans la journée ; pas d'opium.—Bismuth à haute dose, v. g. 15 grammes tous les matins en une fois.

S'il existe des alternatives de constipation et de diarrhée traitez comme des constipés, car ce sont réellement des constipés

S'il y a de la douleur, donnez 15 à 20 grains de bismuth tous les matins, dans un grand verre d'eau.

E.-M. SAVARD.

ŒDEME AIGU DU POUMON D'ORIGINE RENALE SANS LÉSIONS AORTIQUES

par MM. Sicard, professeur agrégé, médecin des hôpitaux et Deschamps, interne des hôpitaux.

—

On a beaucoup discuté et l'on discute encore la pathogénie de l'œdème aigu du poumon. Monsieur Dieulafoy et ses élèves, reprenant l'opinion défendue pour la première fois par Bouver en 1890, soutiennent la thèse des altérations rénales cause initiale, nécessaire et suffisante de l'inondation pulmonaire. Au contraire d'autres auteurs, parmi lesquels il faut citer entre tous MM. Huchard, J. Renaut, et Hannorat ils se sont attachés à prouver que la lésion rénale était loin d'être constante et que même dans les cas où elle existe, elle est toujours secondaire à une aortite et surtout à une périaortite avec un retentissement inflammatoire ou réflexe sur les plexus nerveux cardio-pulmonaires " (Huchard).

Dans ce débat toujours ouvert nous apportons simplement un nouveau document anatomo-clinique qui vient à l'appui de ceux qui défendent l'origine exclusivement rénale de l'œdème aigu pulmonaire.

Observation. — Le nommé Jean C., âgé de 37 ans, [illegible] de cuisine, entre salle St-Charles dans le service du Prof. [illegible] le 27 décembre 1907. Depuis quelques jours il a cessé [illegible] travail, car au moindre effort, dit-il, il est pris de suffocation, [illegible] manque d'air. Les crises dyspnéiques sont très anciennes, [illegible] plus de seize ans il se plaint d'une bronchite chronique [illegible] point de départ des crises de suffocations emphysémateuses qui sont venues compliquer depuis longtemps déjà un état [illegible] que beaucoup plus ancien. Depuis de longues années en [illegible] accuse à des époques diverses des recrudescences plus ou [illegible] passagères ou plus ou moins intenses, d'un état dyspnéique permanent. Mais dans ces dernières années les

crises sont devenues bien plus fréquentes et bien plus graves et il a dû à plusieurs reprises abandonner l'exercice de sa profession. Dans les dernières semaines précédant son entrée à l'hôpital les phénomènes pulmonaires sont devenus subintrants et ont retenti gravement sur son état général.

En dehors de cela il n'a jamais eu aucune maladie. Il nie formellement la syphilis et rien après un examen attentif de ce côté ne permet de douter de sa parole. Il avoue par contre un penchant marqué pour le vin et l'alcool.

Il est marié et sa femme bien portante n'a jamais fait de fausse couche et a eu une fille morte à sept ans de fièvre typhoïde.

Dans ses antécédants héréditaires un fait intéressant à noter : Son père est mort emphysémateux à 54 ans.

Examen du malade.—C'est un homme de 37 ans, fort et bien bâti, mesurant 1 m 80. Assis sur son lit, le tronc soutenu par les oreillers, le cou paraissant raccourci, le dos vouté, la poitrine bombée, tout l'habitus du malade décèle l'extrême gêne de sa respiration. Sur le facies pâle tranche la coloration pourprée des pommettes, la coloration violacée des lèvres. Son inspiration est courte, brève, précipitée, son expiration au contraire est très prolongée et c'est bien le caractère expiratoire essentiel de la dyspnée de l'emphysémateux. Au moindre effort, à l'occasion d'un mouvement ou en voulant boire un peu de lait par exemple, les accès de suffocation surviennent exagérant au maximum cet état asphyxique.

En plus de cette dyspnée on note de fréquents accès de toux suivis en général d'une expectoration muqueuse assez abondante avec même quelques crachats jaunâtres muco-purulents.

A l'inspection on remarque très nettement la configuration spéciale très nette au thorax emphysémateux. La dilatation des espaces intercostaux, la saillie globuleuse des régions claviculaires, l'élargissement en tonneau de la base de la poitrine imposent d'emblée le diagnostic d'emphysème.

A la palpation les vibrations thoraciques sont à peu près normales.

La percussion met en évidence un son plus clair, plus écla-

tant, presque du tympanisme surtout à droite. Cette sonorité pulmonaire empiète à gauche sur la matité cardiaque.

A l'auscultation on note une diminution très marquée du murmure vésiculaire ; l'inspiration difficile et obscure, *humée*, l'expiration nettement prolongée.

A ces signes d'emphysème s'ajoutent des signes de bronchite : râles sibilants et ronflants disséminés dans toute la poitrine mais très abondants et très serrés, c'est une véritable "pluie de râles". En outre aux deux bases et principalement à gauche on entend de nombreux râles sous-crépitants.

Examen des autres organes.—Le cœur est légèrement arythmique. Il est très volumineux et la percussion décèle facilement son hypertrophie malgré l'emphysème. La pointe est légèrement déviée en dedans du mamelon et en bas. L'auscultation ne révèle aucun bruit morbide. Le pouls arythmique bat à 90, la tension artérielle est de 16 avec l'appareil Potain. Il n'y a pas d'œdème des jambes non plus que de bouffissure des paupières. Le foie déborde de deux travers de doigts le rebord des fausses côtes. Il est un peu douloureux à la palpation.

L'examen des urines permet de déceler des traces d'albumine. Les urines sont du reste un peu rares, 800 c. c. et un peu hautes en couleur.

Le 5 Janvier.—Vers 3 heures de l'après-midi, le malade a ressenti brusquemnt un point du côté thoracique très violent, il a été pris de suffocation angoissante extrême avec petitesse et accélération du pouls. La température a atteint 40° c. Au bout de 2 heures, sous l'influence des piqûres d'éther, de caféine, ces phénomènes se sont amendés, mais la nuit a été très agitée, remplie de cauchemars.

Le lendemain 6 janvier.—Le point de côté a disparu presque complètement, mais la température reste élevée à 39° 2. La dyspnée est toujours très vive, l'asphyxie menacante, tandis qu'on accuse la cyanose et le refroidissement des extrémités.

A l'examen des poumons on note à gauche et au sommet une légère augmentation des vibrations thoraciques, un peu de submatité, pas de souffles mais une diminution très notable du murmure vésiculaire et un grand nombre de râles sibilants. Des

deux côtés aux bases de la matité franche et de nombreux râles sous crépitants.

Traitement.—Ventouses, saignée de 250 gr.

Le 7 janvier.—Il y a eu une petite amélioration, la dyspnée est moins prononcée, mais le point de côté persiste toujours. La température est de 38° 4, le pouls petit et arythmique bat à 110.

Il y a toujours une petite quantité d'albumine dans les urines, l'œdème des jambes fait toujours défaut. Des circonstances matérielles indépendantes de notre volonté ne nous ont pas permis de pratiquer le dosage des chlorures dans les urines, bien que toutes nos dispositions aient été prises pour obtenir ce résultat. Nous déplorons vivement l'accident malencontreux qui nous prive d'un renseignement très important.

On a pratiqué le dosage de l'urée dans le sang et l'analyse y a décelé 2 gr 30 d'urée par litre.

La température à 4 heures du soir est de 38°3.

Le soir à 10 heures, alors que le malade était assoupi, il a été pris tout d'un coup d'un accès de suffocation terrible avec une toux quinteuse, saccadée, suivie bientôt d'une expectoration mousseuse, sanglante, très abondante. Le malade, pâle, en proie à une terrible anxiété, est assis sur son lit et essaye de lutter de son mieux par l'action de tous ses muscles respiratoires accessoires contre l'asphyxie toujours croissante. L'interne de garde fait aussitôt une saignée abondante, relève le pouls par de l'huile camphrée et au bout de quelque temps les phénomènes décroissent, le malade se sent peu à peu renaître à la vie et il s'endort un peu même sur le matin.

Le 8 janvier.—A la visite la dypnée est toujours très forte, l'auscultation permet de reconnaitre encore la récente inondation pulmonaire qui se traduit encore par la pluie de râles sous crépitants.

La température est de 38°5.

Le cœur, très arythmique, bat à une allure folle; le pouls lui aussi, très arythmique, est petit, fuyant, misérable, presque incomptable et il faut multiplier les examens pour arriver à une moyenne approximative de 154 pulsations à la minute. La tension artérielle est de 17.

Le 9 janvier.—Les phénomènes circulatoires s'accentuent encore, tandis que la dyspnée augmente à nouveau. Le malade, très faible, est incapable de lutter contre le manque d'air de plus en plus absolu et il meurt dans la nuit tant d'asphyxie que de collapsus cardiaque, la température étant tombée dans les dernières heures au-dessous de la normale.

Le diagnostic de mort par œdème aigu du poumon ne nous semblait pas douteux.

L'autopsie devait le vérifier et nous apporter en outre sur le point de départ initial de la poussée fluxionnaire du poumon des précisions anatomo-pathologiques indiscutables que nous allons maintenant décrire avec quelques détails.

A l'examen macroscopique.—Le poumon gauche est d'un volume tout-à-fait anormal, puisqu'il pèse 2 kilos 450 grs. Il est remarquable en outre par une anomalie assez curieuse : sa trilobulation. Il présente en effet deux incisures très nettes, délimitant trois lobes, tout comme le poumon droit. Alors que le lobe supérieur est le siège d'un emphysème considérable et présente par place des placards d'emphysème sous-cutané, le lobe moyen par contre, et surtout le lobe inférieur, sont le siège d'un œdème congestif intense que l'on peut comparer après section au tissu splénique; à la coupe et à la pression, il laisse écouler une très grande quantité d'un liquide mousseux et rose. Fait à noter, un fragment détaché et plongé dans l'eau surnage très nettement.

Le poumon droit est lui aussi très volumineux mais il ne pèse que 850 grs., ce qui s'explique facilement par le fait qu'il ne présente que des lésions d'emphysème sans lésions d'œdème congestif.

Il s'agit donc d'un œdème aigu unilatéral gauche localisé même à une seule portion, les deux lobes inférieurs d'un poumon gauche anormalement trilobé.

Les reins sont volumineux et pèsent, le droit 210 grs., le gauche 195 grs. On les décortique asez facilement. A la coupe ils apparaissent rouges et congestionnés, la substance corticale est effacée et on note un dévelopement marqué d'un tissu conjonctif des colonnes de Bertin, qui enserrent et qui étouffent les pyramides malpighiennes.

Les capsules surrénales sont normales.

Le cœur pèse 450 grs, ses cavités sont remplies de caillots cruoriques. Il est hypertrophié en totalité et distendu.

Les valvules sont intactes, souples, sans nulle trace d'athérome. Les artères coronaires sont indemnes de toute lésion d'endartérite. L'aorte est remarquablement saine, tant au niveau de son origine et de sa crosse que dans sa portion thoracique. De consistance souple, de coloration normale, elle ne présente aucune lésion-athéromateuse *et il est exceptionnel même de trouver chez un homme de cet âge, manifestement alcoolique, une intégrité aussi absolue de l'artère aorte.*

Le péricarde est tout-a-fait normal.

Le foie, volumineux, congestif, pèse 1950 grs., il ne résiste pas au couteau et ne paraît pas sclérosé.

La rate est normale ainsi que tous les autres organes y compris le cerveau.

On ne trouve aucune compression médiastinale.

Examen microscopique.—L'examen histologique de la zone congestive du poumon gauche est tout à fait typique. La description que nous pourrions en faire est tout à fait superposable à la description magistrale faite par Renaut (de Lyon) en 1897, à l'Académie de médecine, sur les lésions histologiques de l'œdème aigu du poumon, et que nous résumons en quelques mots: inondation séreuse en masse des alvéoles pulmonaires, présence dans ce liquide albumineux de globules rouges et surtout d'innombrables globules blancs, rupture des cloisons interalvéolaires, disparition de l'épithélium alvéolaire balayé par l'irruption subite du liquide, aplatissement et imperméabilité des capillaires sanguins des parois alvéolaires et par contre-distension des petites veines pulmonaires et bronchiques gorgées d'hématies.

Les coupes histologiques pratiquées dans le reste du poumon gauche et dans tout le poumon droit reproduisent les lésions habituelles de l'emphysème banal.

L'examen des reins permet de déceler des lésions anciennes de néphrite chronique légère se traduisant par un développement anormal de tissu fibreux enserrant les tubes et les glomérules mais très inégalement distribué et en somme peu intense. Les

vaisseaux, surtout des petits, présentent les lésions classiques mais peu accusées pourtant d'endo-péri-artérite.

Mais à côté de ce processus ancien, le microscope révèle des lésions de dates beaucoup plus récentes, lésions épithéliales surtout montrant à côté de tubes parfaitement sains, des tubes complètement dégénérés ou simplement, dans un même tube, à côté de cellules tout-à-fait normales, des éléments épithéliaux manifestement altérés.

En outre, on aperçoit çà et là, disséminés dans le tissu interstitiel, de petits raptus hémorrhagiques très nombreux, partis des petits vaisseaux et des capillaires voisins gorgés d'hématies.

Il s'agit donc là en somme d'une néphrite chronique ancienne légère associée à une néphrite récente subaigüe et hémorrhagique.

Les capsules surrénales ne présentent aucune lésion.

Les coupes de l'aorte montrent l'intégrité complète des trois tuniques et cela de façon indiscutable. Normales également sont les coupes intéressant les valvules. Il n'y a donc aucune lésion aortique ou périaortique tant à l'examen macroscopique qu'au microscope.

Il y a rien de spécial à signaler dans les autres organes

En résumé. — Nous concluerons donc que notre malade bronchitique, emphysémateux ancien, est mort en quelques heures d'un œdème aigu du poumon dont nous avons trouvé la trace indéniable sur la table d'autopsie et au microscope, œdème aigu qui coïncidait avec des altérations rénales manifestes, accompagné d'albuminurie légère et d'azothémie accusée, que par contre, ni l'examen macroscopique le plus rigoureux, ni l'examen microscopique n'ont pu révéler la plus légère lésion aortique ou péri-

---

LE ROLE DE L'ELECTROTHERAPIE DANS LA CONSTIPATION

PAR LES DOCTEURS

A. LAQUERRIERE
Directeur de la clinique Apostoli, Secrétaire général de la Société Française d'électrothéraphie.

L. DELHERM
Radiographe des Hôpitaux de Paris, Secrétaire général adjoint de la Société Française d'électrothérapie.

Si d'Alembert a écrit " le seul plaisir pur de la vie est de soulager pleinement chaque matin le plus grossier de nos besoins", il faut reconnaitre que l'espèce humaine, au moins dans les pays civilisés, parait, à la suite de fautes d'hygiène dans l'étude desquelles nous n'avons pas à entrer ici, avoir le privilège de connaitre peu ce plaisir.

Pendant longtemps, c'est aux purgatifs et aux lavements qu'on a eu recours, et leur vogue, depuis Molière n'avait pas paru sensiblement diminuer jusqu'à ces dernières années

A l'heure actuelle, il se manifeste une réaction. On s'est aperçu, et parmi les auteurs français soutenant cette opinion, nous pouvons citer MM. Mathieu, J. C. Roux, Gallois, Bourbureaux, etc que si les moyens d'exonération artificiels n'étaient pas sans inconvénient, (action irritative sur l'intestin, action dépressive sur l'état général), ils n'avaient le plus souvent que le rôle d'expédients momentanés et étaient sans effets durables. Aussi tend-on de plus en plus à accepter la vérité de la formule donnée par Boa sous une forme lapidaire "*qui bene purgat male curat*".

De plus en plus on a tendance à recourir dans le traitement de la constipation au régime alimentaire, à l'hygiène générale et à l'application d'agents physiques.

Du régime alimentaire, nous ne dirons que peu de choses : il est évidemment des substances qui n'ont d'aliments que le nom et dont tout individu qui a souffert de son tube digestif

…ra s'abstenir systématiquement s'il ne veut pas s'exposer à … ses troubles reparaître. Mais nous ne sommes pas partisans des régimes trop sévères : indispensables en certains cas d'une façon passagère, ils nous paraissent le plus souvent … applicables d'une manière durable. D'abord, à moins que le malade ne soit enfermé dans une maison de santé il nous est bien difficile de savoir si nos prescriptions sont exactement suivies ; …nte, pour toutes sortes de catégories d'individus, des raisons …ales diverses empêchent l'usage d'aliments s'éloignant par trop des préparations culinaires les plus généralement employées ; …n, il faut le dire, la prolongation indéfinie d'un régime trop …t n'est pas sans inconvénient ; à la longue, il se produit de la lassitude et du dégoût, le malade s'alimente insuffisamment, son état général s'en ressent, etc. La dyspepsie par le lait, par exemple, est une entité morbide qui commence à être bien connue. A notre avis, s'il faut dans des cas aigus recourir à des prescriptions très étroites en ce qui concerne la nourriture durant une période passagère, on ne peut dans l'immense majorité des cas que se contenter d'un régime assez large s'il doit être un peu prolongé. … ce régime assez large ne donne le plus souvent que des résultats … fait insuffisants.

Quant à l'hygiène générale, elle est peut-être encore en pratique plus difficile à appliquer, nous devons faire tous nos efforts pour obtenir de nos malades qu'ils évitent la fatigue et les …tions, pour qu'ils consacrent un temps suffisant au sommeil, pour qu'ils prennent un exercice régulier et modéré, pour qu'ils …t des heures régulières de repas, etc. ; mais la mère de famille chargée d'enfants, l'ouvrier peinant pour gagner sa vie, aussi bien que l'artiste en train d'engendrer une œuvre, que le banquier … dans le tourbillon des affaires ou que la mondaine entraînée … la série des fêtes et des réjouissances de la " saison " ne se … neront qu'à la dernière extrémité, lorsqu'ils seront véritablement à bout de forces, à suivre nos conseils. Nous verrons … à l'heure comment certaines méthodes électriques peuvent intervenir comme modificateurs de l'état général, mais il faut reconnaître que les prescriptions hygiéniques sont souvent impossibles à suivre.

La véritable ressource thérapeutique reste donc pour les

malades qui ne peuvent abandonner — et ceux-là forment la majorité—leur genre de vie habituelle, dans l'application des agents physiques.

Parmi eux, et sans vouloir entrer ici dans la discussion des mérites de chacun, nous réclamons pour l'électricité une place de premier ordre.

Mais il est nécessaire de faire dès le début quelques remarques :

D'abord dans le traitement de la constipation il ne faut pas considérer l'emploi de l'électricité comme un succédané de la purgation (1). Les procédés qui, comme le lavement électrique procurent des selles, peuvent être des expédients momentanés très utiles en certains cas, mais ils ne forment pas un traitement, ils ont tous les inconvénients de la purgation, et nous avons même démontré que leur emploi ne pouvait être prolongé sans inconvénients. (2)

Ensuite il faut insister sur ce point : en thérapeutique il y a non pas *une* électricité, mais *des* méthodes électriques, de même qu'en clinique il n'y a pas *une* mais bien *des* constipations.

Ce sont ces considérations qui nous ont guidé dans les recherches que nous poursuivons depuis plusieurs années, recherches dont nous désirons vous exposer schématiquement les résultats.

Jusqu'en 1900 environ, les électrothérapeutes avaient préconisé les méthodes les plus variées dans le traitement de la constipation, mais chacun d'eux utilisait la même technique dans tous les cas : le plus souvent imbus de cette idée que la constipation était toujours le résultat de l'atonie, ils cherchaient par des chocs électriques à réveiller le péristaltisme de l'organe, mais quelque fut le but qu'ils se proposassent ils employaient un procédé uniforme. La moyenne des résultats était telle qu'en 1900 un auteur français pouvait écrire qu'il n'y avait pas de traitement électrique de la constipation.

Il n'en était pas moins vrai qu'il y avait de temps à autre

---

(1) *Laquerrière et Delherm.* — Le role de l'électricité dans le traitement de la constipation. — Société de thérapeutique, Paris, mai 1908.

(2) *Delherm et Laquerrière.* — Constipation habituelle et colite mucomembraneuse. — Presse thérapeutique, novembre, décembre 1904.

des résultats si brillants qu'on ne pouvait nier le rôle en certains cas de l'électrothérapie, aussi entreprimes-nous de chercher si, laissant de côté les procédés dont nous connaissions les inconvénients, destinés à vider momentanément l'intestin, il n'y avait pas lieu de rechercher un traitement spécial s'adaptant à chacune des formes de constipation.

Nos premières conclusions furent réunies dans un mémoire ayant pour titre "Conception nouvelle du rôle de l'électricité dans le traitement de la constipation et de la colite muco-membraneuse" (1). Ce travail, qui avait d'ailleurs été précédé d'une série de recherches physiologiques concernant l'action des diverses modalités électriques sur l'intestin (2), comportait les divisions suivantes que nous ne croyons pas devoir modifier aujourd'hui après cinq nouvelles années de pratique.

Constipations primitives légères.—Nous entendons sous ce titre les constipations même anciennes et invétérées mais dans lesquelles l'intestin obéit facilement aux petits moyens d'exonération : laxatifs, suppositoires, lavements légers, etc. Le tube digestif dans ces cas semble peu atteint, il y a lieu surtout d'agir sur l'état général, le séjour à la campagne, une bonne hygiène si l'on pouvait y soumettre le malade, suffirait à procurer une selle quotidienne.

Dans ces cas, il y a lieu d'employer suivant le tempérament du malade les applications générales de *haute fréquence*, le bain statique, le bain hydroélectrique ; nous n'entrerons pas, pour ne pas allonger cet article, dans les indications respectives de chacun de ces procédés, leur efficacité est reconnue par nombre d'auteurs ; en particulier le bain statique est connu depuis longtemps et dès 1801, Sigaud La Fond écrivait au sujet de ses résultats "A ne parler que de la plus grossière des évacuations, j'ai vu cette fonction devenir journalière."

Mais ces applications électriques générales forment plutôt

---

(1) Mémoire couronné par l'académie de Médecine, 1903.

(2) *Laquerrière et Delherm.*—Diverses notes à la société de Biologie de Paris, à la Société française d'Electrothérapie.—Annales d'Electrobiologie 1...

un procédé d'hygiène générale relevant les forces du patient, augmentant son appétit, son sommeil, calmant son système nerveux, etc., et dans les cas graves, elles ne forment plus qu'un adjuvant ; il faut alors recourir à un traitement local portant sur l'abdomen.

Constipations primitives graves.—Ce sont les constipations dans lesquelles les procédés divers ne réussissent plus à provoquer de garde-robes ; les purgatifs énergiques, les lavages intestinaux avec grande quantité d'eau se montrent impuissants. Dans ce cas il y a à faire une distinction de toute première importance avec Fleiner, Nothnagel, Mathieu, etc, distinction que nous avons été les premiers, croyons-nous, à porter dans le domaine de l'électrothérapie.

a) Constipation atonique.—Cette forme, rare à l'état isolé, se manifeste par le tableau clinique suivant :

(FLEINER). Paroi abdominale flasque, inerte, se laissant déprimer avec grande facilité; intestin facilement perceptible, se présentant sous l'aspect de grosses masses, absence de douleurs, matières consistantes et volumineuses.

Dans ces cas, les classiques admettent l'emploi des purgatifs musculaires ; nerprun, séné, etc., etc. et nous pensons qu'il est tout-à-fait indiqué d'employer les procédés électriques qu'on utilisait autrefois indistinctement dans les constipations et qui avaient pour but de réveiller la motricité : étincelles de statique directes ou indirectes, un courant de Morton, choc d'induction, renversements ou interruptions de courant continu, etc. Lorsqu'on choisit judicieusement les cas, on obtient, grâce à ces méthodes des résultats excellents.

bq. Terme spasmodique.—Le spasme, comme M. Mathieu l'a montré, peut dans nombre de cas s'associer à l'atonie et sa présence, même s'il y a un dégré plus ou moins marqué de parésie musculaire, commande des indications thérapeutiques que nous allons exposer : la forme spasmodique pure se traduit par l'aspect suivant : ventre globuleux, difficile à déprimer, intestin contracturé sous forme de corde de petit calibre—selles rubannées, apla-

ties ou en "crotte de bique", de petit diamètre—ventre sensible à l'exploration—douleurs spontanées plus ou moins vives, assez fréquentes.

Chaque fois qu'on constate du spasme, il est admis qu'il faut éviter tout ce qui est capable d'augmenter l'irritation de l'intestin et l'on a recours à la belladone, à l'huile de ricin à petites doses, au lavement d'huile, etc., mais la plupart des auteurs étaient d'accord pour proscrire l'électricité qu'ils jugeaient capable d'exciter le système nerveux de fatiguer le malade et d'augmenter le spasme intestinal.

Nous pensons au contraire, et on nous permettra d'être ici un peu moins brefs, que certaines modalités électriques sont très capables d'être des "procédés de douceur" à opposer aux méthodes anciennes qu'on peut appeler "procédés de force". Nous utilisons : soit le courant continu seul mais sans secousse sans renversement à très haute intensité, 100 m. a. ou plus, avec de très larges électrodes de façon à éviter toute sensation douloureuse, car toute douleur, (et nos expériences sur des animaux dont l'intestin rempli de bismuth était examiné aux rayons X ne laissent pas de doutes sur ce point) peut provoquer du spasme, soit le courant galvano-faradique, mais avec les précautions nécessaires pour qu'il reste bien un procédé de douceur, précautions que n'avaient pas prises M. Erb, ni Broese, qui avaient déjà utilisé ce courant.

Ayant employé ces méthodes chez de grands névropathes et chez des sujets si épuisés par leur affection qu'on les croyait atteints de cancer, (1) nous pouvons affirmer qu'ils ne provoquent ni pendant la séance ni à sa suite aucune réaction fâcheuse d'aucune sorte. Souvent même leur application est l'occasion d'une sensation de détente et de mieux être. L'un de nous a pu d'ailleurs mesurer combien leur action sédative sur les plexus abdominaux était puissante. (2)

---

(1) *Laquerrière et Lonbier* — Dyspepsies nerveuses graves simulant une affection organique. — Traitement électrique. — Société française d'électrothérapie, 1908.

(2) *Delherm.* — Comment on peut à l'aide de l'esthésiomètre de Roux mesurer l'action analgésiante du courant galvanique dans les algies des plexus sympathiques abdominaux. — Société française d'électrothéraphie, 1901.

En tous cas ils ne méritent aucun des reproches que l'on faisait à *priori* à l'électrothérapie, nous verrons plus loin quels ont été les résultats cliniques.

Entéro-colite muco-membraneuse.— L'association fréquente d'un degré plus ou moins marqué d'entérite aux constipations graves, le rôle manifeste du système nerveux dans l'entéro-colite et dans la constipation spasmodique font " que quelles que soient les différences symptomatiques qui font de ces deux affections des maladies particulières, il n'est pas téméraire de les englober, au moins en ce qui concerne les déductions thérapeutiques, dans une même étude " (1).

Avec de légères différences de technique suivant la forme (constipation, diarrhée, alternance,) nous utilisons les mêmes traitements dans l'entéro-colite et dans la constipation spasmodique grave.

Dans ces deux affections on redoutait l'influence fâcheuse de l'électricité ; or, nous pouvons affirmer que quand on n'a pas méconnu une affection rendant vaine toute tentative thérapeutique (tabès, cancer intestinal) non seulement le traitement est parfaitement toléré, mais il donne des résultats à peu près constants. En moyenne 20 à 30 séances donnent une guérison complète ; nous n'avons eu d'insuccès que chez des névropathes, phobiques de la pléthore intestinale qui, ou refusaient de s'alimenter suffisamment (2) ou recouraient au moindre malaise à des purgatifs qui irritaient à nouveau l'intestin et causaient des rechutes.

Mais si les résultats immédiats sont des plus satisfaisants, les résultats éloignés sont également très favorables. Notre élève Lamorlette a recherché ce qu'étaient devenus une série de nos anciens malades, (il s'agissait de sujets gravement atteints depuis des années d'entérite ou de constipation et qui nous avaient

(1) *Laquerrière.* — Les courants électriques dans les affections intestinales, — Société de Médecine de Paris, 1904.

(2) *Delherm et Laquerrière.* — Indications, contre-indications, causes d'échecs du traitement de l'entéro-colite et de la constipation spasmodique, — Société française d'électrothérapie, 1905.

été envoyés *après échecs des médications classiques* les mieux conduites).

Il en a retrouvé 80 ; 5 avaient présenté des rechutes après un certain nombre de mois.

Les autres restaient guéris :

2 après 4 ans,	5 après 16 mois,
12 après plus de 5 ans,	10 après plus d'un an,
17 après plus de 2 ans,	6 après un an,
4 après 22 mois,	2 après 10 mois,
5 après 20 mois,	7 après 5 mois,
[illegible] après 19 mois,	2 après 4 mois (1).

Si d'ailleurs, on veut éviter les échecs, il est de toute première importance de rechercher soigneusement si la constipation est primitive et n'est pas en réalité due à une cause qu'il faut faire disparaitre avant d'espérer pouvoir améliorer le trouble intestinal. Nous ne pouvons entrer dans le détail et nous nous contentons de renvoyer à l'étude complète que nous avons publiée dans les Annales d'Electrobiologie (2). Nous appellerons cependant l'attention sur le rôle tout-à-fait remarquable des applications intrarectales des courants de haute fréquence, dans les fissures et fissurettes anales, dans les hémorrhoïdes et dans les constipations liées à ces affections, ainsi que sur l'utilité des traitements électriques des maladies utérines, dans la guérison des constipations associées à ces maladies (3).

Conclusions.—A côté du régime alimentaire et de l'hygiène générale souvent difficile à réaliser d'une façon satisfaisante, l'électricité est appelée à jouer un rôle important dans le traitement de la constipation.

Le traitement électrique ne doit pas jouer le rôle d'un évacuant momentané, mais il a pour but de guérir l'affection.

---

(1) *Lamorlette.* — Thèse de la Faculté de Paris, 1905.

(2) *Laquerrière et Delherm.* — Etudes cliniques sur les traitements électriques de la constipation et de la colite muco-membraneuse, — Annales d'électrobiologie et de radiologie, 1903. Nos 2, 3, 4, 5.

(3) *Laquerrière et Delherm.* — Congrès international d'électrobiologie. Berne, 1902.

Ce traitement ne saurait être uniforme : il y a lieu de distinguer diverses méthodes élctriques dont les indications sont très différentes.

En employant judicieusement chacune d'elles dans la forme de constipation à laquelle il convient on peut obtenir des résultats non seulment immédiats, mais durables, des plus brillants.

L'APPLICATION DE L'ENTOMOLOGIE A LA MEDECINE LEGALE

Par le professeur Georges Villeneuve, de Montréal.

—

Les remarquables résultats des études de Mégnin (1) sur la faune des cadavres a fait entrer l'entomologie dans la pratique usuelle de la médecine légale, nul expert ne peut maintenant l'ignorer. Il est possible maintenant de reconnaître depuis combien de temps un cadavre a été exposé et de fixer approximativement la date du décès, en étudiant la faune animale qui s'est développée dans ce cadavre. C'est à Mégnin seul que revient l'honneur d'avoir écrit ce chapitre spécial de la médecine légale et d'avoir ouvert cette nouvelle source de preuve médico-légale, quoique Bergeret (2) avant lui eut tenté de tirer quelques applications pratiques de l'entomologie basées sur les connaissances incomplètes et les fausses notions qui avaient cours de son temps. La publication de la Faune des cadavres de Mégnin a contribué beaucoup à vulgariser le sujet, quoique la division des différentes phases de la putréfaction en huit périodes, au lieu de la division plus simple en quatre périodes, soit plus compliquée et plus difficile à comprendre.

Depuis 1878, Brouardel (3) et ses collègues, à la morgue de Paris, ont eu recours aux bons offices de M. Mégnin, pour une quinzaine de fois au moins, et mis ses connaissances à contribution. Les résultats obtenus ont donné la plus entière satisfaction. Il est arrivé très souvent que l'exactitude de ses conclusions, tirées seulement de l'examen de quelques débris humains et de quelques insectes, a été vérifiée par les développements subsé-

(1) Mégnin (P). La faune des cadavres, Paris 1894. Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 20 juillet 1893 ; La faune des tombeaux 1887.

(2) Annales d'Hygiène publique et de Méd. l'égale, 1885, tome IV., p. 104.

(3) La mort subite, 1894. p. 99 : L'infanticide, 1896, p. 141.

quents de l'affaire. Quelquefois le mystère qui entourait la trouvaille, n'a jamais été éclairci, mais il n'est pas arrivé une seule fois que les résultats de l'enquête aient prouvé que les conclusions de Mégnin fussent erronées.

M. Brouardel (1) rapporte le fait suivant qui tient absolument du merveilleux. Il fut nommé pour examiner le cadavre d'un enfant de huit ans, trouvé dans une caisse à savon ; le corps était momifié. On lui demandait de spécifier l'époque à laquelle remontait la mort. M. Brouardel se fit adjoindre M. Mégnin. Celui-ci, après avoir étudié la succession des mouches et des larves dont on retrouvait les débris, a affirmé que l'enfant avait été mis dans la caisse à une époque où les mouches n'avaient pas encore commencé leur évolution, c'est-à-dire dans la dernière quinzaine de février, et que, depuis ce moment, il s'était passé deux hivers et un été. La mère ,qui était inculpée, était atteinte de phtisie pulmonaire ; se sentant mourir, elle avoua qu'elle avait mis l'enfant dans la boite le 23 février de l'année précédente.

Cependant ces résultats brillants ne sont pas sans dangers. Des imitateurs de Mégnin pourraient se livrer à des déductions spéculatives, ne reposant pas sur des connaisances solides, car seul un entomologiste de premier ordre peut mener ces expertises à bonne fin. Ou bien on pourrait être tenté d'employer les données de Mégnin dans des pays ou sous des climats où elles ne pourraient recevoir leur application. Nous avons donc pensé qu'avant de tirer des études de Mégnin des déductions applicables au Canada, il serait utile de faire quelques observations comparatives, afin de rechercher jusqu'à quel point les données recueillies sur la faune des cadavres en France, pourraient s'appliquer au Canada.

Il est vraiment regrettable dans l'intérêt de la science, que M Mégnin n'ait pas donné, en même temps que les principes généraux de l'entomologie et les applications médico-légales qu'il en a faites, les nombreuses observations d'où il a tiré ces déductions. Nous pourrions ainsi nous rendre un compte plus exact des degrés dans les variations des dates d'apparition, qu'il a rencontrés dans des expériences faites sous des conditions déterminées. Pour plus de commodité, nous avons arrangé, sous forme de tableau, l'épo-

(1) L'infanticide page 143.

d'apparition que M. Mégnin assigne, dans les travaux que ... avons mentionnés, aux différentes espèces entomologiques ... envahissent le cadavre ; quoique, naturellement, il faille ...ler une certaine latitude pour les variations qui peuvent se ...nter. Nous ne désirons pas attribuer à M. Mégnin, personnellement, la responsabilité de ce tableau.

L'aplication de l'entomologie à la médecine légale repose sur ...rincipe que les produits des différentes périodes de la putréfac... attirent certaines espèces de faune et en repoussent d'autres.

Les différentes périodes qui correspondent à chaque espèce ...vent être résumées de la façon suivante ainsi que le démontre ...bleau. Lorsque le cadavre est encore à l'état frais, il attire les ... des diptères (*Musca, Curtonevra* et *Calliphora*). Lorsque ...utréfaction commence à se faire sentir, arrivent les mouches à ... le *Lucilia* et *Sarcophaga*. Un peu plus tard à la période de ...mation des acides gras, le cadavre est envahi par des Coléop... du genre *Dermestes* et des Lépidoptères du genre *Agloss*... ...us n'avons jamais rencontré cette dernière espèce dans no... ...servations canadiennes, quoiqu'elle paraisse être commune en France). Peu après, il se développe une véritable fermentation ...que qui appelle la *Pyophila* des Diptères et la *Necrobia* des ...léoptères. Arrive ensuite la période de fermentation ammo... ...de composite, sous l'influence de laquelle se produit une liqué... ...on noirâtre des matières animales et dont les émanations ...nt une série de travailleurs appartenant aux Coléoptères ...*rophorus, Silpha, Hister* et *Saprinus*), ainsi qu'aux Dip... (*Ophyra, Thyreophora, Phora* et *Lonchea*). La période ...nte est celle où les tissus subissent de la momification et sont ...his par les Acariens, dont les débris et les excréments se dé... sous forme de poussière. Subséquemment à mesure que ...sus se dessèchent, apparait une seconde génération d'*Aglossa* ...aussi le Dermestes *Tienola* et les Coléoptères *Attagenus* et ...*enus*. Finalement, quand il ne reste plus du cadavre que les ...ents desséchés, deux formes de coléoptères apparaissent ... ronger, ce sont le *Tenebrio* et le *Ptinus*.

...ans le cas de cadavres inhumés, la faune est beaucoup ... variée, elle consisterait simplement dans le *Phora* et ...*ra* des Diptères et le *Philonthus* et le *Rhizophagus* des

Coléoptères avec ceux des Diphtères qui ont pu envahir le cadavre avant son inhumation.

FAUNE DES CADAVRES EXPOSÉS A L'AIR (1)
(COMPILÉ D'APRÈS MÉGNIN)

PÉRIODES	ÉTAT DU CADAVRE	DURÉE MINIMA	ESPÈCES
Première période	Cadavres frais	Premiers trois mois	(D) Musca * Cyrtoneura * Calliphora * (D) Lucilia * Sarcophaga *
Deuxième période	Commencement de la putréfaction		
Troisième période	Acides gras	3 mois à 4 mois	(L) Dermestes Aglossa Pyophila * Anthomya (C) Necrobia (Cornytes)
Quatrième période	Fermentation caséique		
Cinquième période	Fermentation ammoniacale	De 4 mois à 8 mois	(D) Thyreophora Ophira * Lonchea, Phora (C) Necrophorus Silpha * Hister * Saprinus *
Sixième période	Dessiccation	De 6 mois à 12 mois	(A) Uropoda Trachynotus Tyroglyphus * Glyciphagus Serator
Septième période	Dessication extrême	1 an à 3 ans	(L) Aglossa Lineola Attagenus Anthrenus
Huitième période	Débris	Plus de 3 ans	(C) Tenebrio Ptinus

(1) (D) Diptère, (C) Coléoptère, (L) Lepidoptère, (A) Acariens, (T) Thysanura.

FAUNE DES CADA[illegible]ES INHUMES

AVANT L'INHUMATION	(D)	Calliphora, * Cyrtoneura
	(C)	Philontes * Rhozophagus
APRES L'INHUMATION	(T)	Achorutes, Templetonia
	(D)	Orphyra, * Phora

Nous avons marqué du signe (*) les genres que nous avons [illegible]ontrés dans no[illegible]

La liste suivan[illegible]nferme [illegible] les espèces mentionnées par Mégnin, no[illegible]fourn[illegible]sement par M. F. H. Chittendene, du bur[illegible] Washington. Les espèces trouvées par n[illegible]n'a[illegible] pas [illegible] la liste de Mégnin, sont placé[illegible] celles qui sont précédées de la lettre A [illegible] Amérique du Nord ; de la lettre E, à l'Europe. [illegible] espèces qu'elle précède sont cosmopoli[illegible] sont [illegible]ne du Nord.

DIPTERA.—C *M*[illegible] E *Sarcophaga carnaria*, C *Cyrton*[illegible]*mitoria*, C [*C. erythrocephala*,] C [illegible] *S*[illegible] *carnaria*, E *S. ar*[illegible], E *S. laticru*[illegible] *petasionis* E *Anthomyia* [illegible] (espèces in[illegible]*ynophila*, E *T. furcata* E *T. anthropopha*[illegible] C *O*[illegible] *O. cadaverina Pyrellia cadaverina*, E *L*[illegible]*errima*

COLEOPTE[illegible] C *D*[illegible] C *D. frischii*, C *D. undulatus*, C *Necro*[illegible] = *E*[illegible] *coeruleus*, = *violacens*. C *Necrophora* (*fossor*), *int*[illegible]*nator*, C (*silpha littoralis*) = *Ablolus littoralis*, C [illegible]*noviboracensis*]. C *Hister cadaverinus*, A [illegible]*datus*, [illegible]*ndatus*, A [*S. assimilis*], C *Attagenus pellio*, [illegible] C *Tenebrio molitor*, C *T. obscurus*, C *Ptinus brunneus* [illegible] *ebeninus*, C [*P. politus*], C *Rhizophagus parallelocollis*, [illegible] *Trox unistriatus*].

LEPIDOPTERA.—E *Aglossa pinguinalis*, C *A. cuprealis*, C *Tineola* [illegible]*elliela* C *T. pellionella*.

ACARI.—E *Uropoda nummularia*, E [illegible]*rachynotus cadaverinus*, C *Tyroglyphus spinipes*, *T. siro*, C *T. longior*, E *Glyciphagus spinipes* E *G. cursor*, E *Serrator amphibius*, E *S. necrophagus*.

THYSANURA.—E *Achorutes armatus*, E *Templetonia nitida*

Il est intéressant de constater par ce tableau le nombre restreint d'espèces de l'ordre diphtère, coléoptère, acarien et lépidoptère que l'on rencontre en France ; en pratique, l'identification devient donc relativement facile.

Il faut donc avoir bien présent à l'esprit que les observations de Mégnin n'ont été prises que sur des cadavres humains. C'est

Avec la gracieuse permission du *Montreal Medical Journal*)

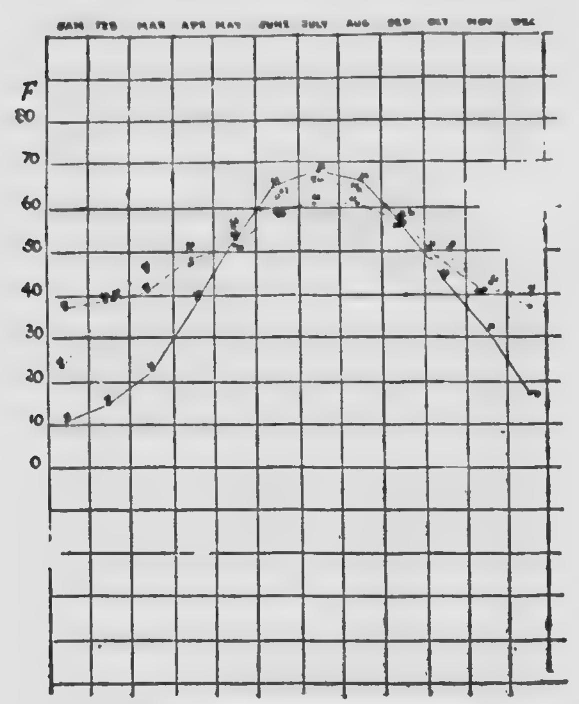


FIG. I.—Moyenne mensuelle de la température de l'air à Montréal—, Paris .. et Greenwich . .

N.-B.—L'échelle de ces cartes n'est pas absolument exacte.

un fait digne de remarque que de constater l'absence dans ce tableau de certaines espèces qui s'attaquent à la chair des animaux, des oiseaux et des reptiles, soit qu'ils n'apparaissent pas dans la liste de Mégnin, soit qu'ils ne s'attaquent au [illegible] main que

temps après la dernière escouade mentionnée par l'éminent …mologiste. Les insectes nécrophores, par exemple qui s'atta… …nt au gibier, après quelques jours d'exposition, n'envahissent le …e humain qu'après plusieurs mois. De sorte que, à notre … les opinions basées sur des expériences faites sur la chair des

(Avec la gracieuse permission du *Montreal Medical Journal*)

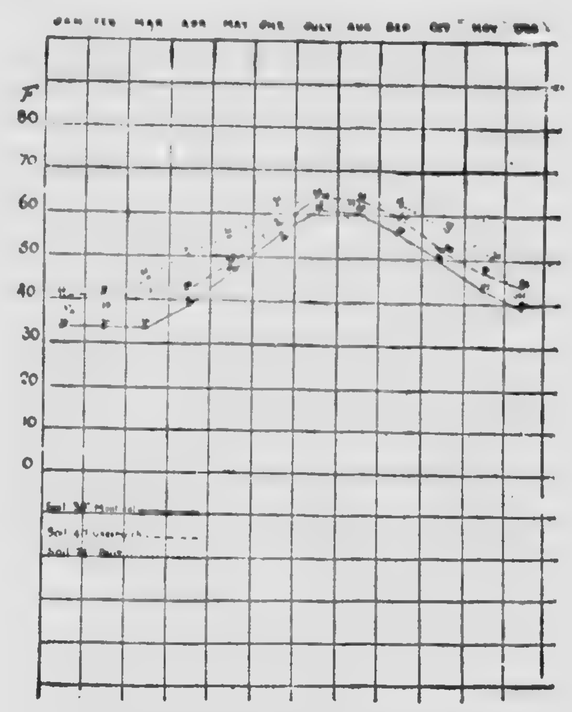


FIG. II.—Moyenne mensuelle de la température du sol à Montréal (40 pouces—, Paris (24 pouces) ......, et Greenwich (38 pouces) ......

animaux, des chevaux par exemple, mises en contradiction avec celles de M. Mégnin, ont peu de valeur pratique ; ce qu'il faut plutôt ce sont des expériences faites sur des restes humains, d'après des dates précises et sous conditions météorologiques notées avec soin. C'est dans cette idée que nous avons fait certaines

observations dont nous parlerons bientôt, et d'autres qui ne sont pas encore terminées.

Nous avons commencé nos études il y a 2 ans. Aucune observation que nous sachions n'a encore été publiée sur ce sujet, aux Etats-Unis ou au Canada, de sorte que nous n'avons aucune indication directe sur la valeur des dates d'apparition et de succession des espèces mentionnées par Mégnin, par rapport au climat du Canada. Il existe beaucoup plus de renseignements quant à la fréquence relative de la présence des diverses espèces et genres européens, américains et cosmopolites, mais ils sont consignés dans des rapports et des livres qui ne sont pas d'un accès facile.

Afin de comparer les résultats sous les différents climats, nous avons recherché quelle était la température moyenne du sol et de l'air de Montréal, Greenwich et Paris. (Les observations parisiennes ont été prises à une profondeur un peu différente de celle des autres).

La différence de la température en été est beaucoup moins considérable qu'on ne pourrait le croire : cela pourrait expliquer la concordance générale de nos résultats avec ceux de Mégnin. Les particularités du climat du Canada sont un hiver long et froid, pendant lequel la terre est couverte d'une épaisse couche de neige qui empêche la gelée de pénétrer à une grande profondeur, suivi d'un été généralement très chaud. L'intervalle entre l'hiver et l'été est relativement court. Les arbres se couvrent de feuilles à peine un mois après la fonte des neiges et pendant les jours chauds, il n'est pas rare de voir le thermomètre se maintenir entre 80° 95° Farh. (de 27° à 32,8 C). Ainsi la température de la surface du sol de Montréal est plus élevée que celle de Greenwich et apparemment bien près de celle de Paris. La proportion des jours de plein soleil, ce qui est une excellente indication de la chaleur du sol, entre le 1er avril et le 30 septembre, est de 65 à Montréal et de 53 à Paris. La proportion de l'humidité, en été, est de 72 à Montréal et de 71 à Paris.

La faune que nous avons étudiée provient des environs de Montréal.

	TEMPÉRATURE DE L'AIR ° FARH. MOYENNES MENSUELLES			TEMPÉRATURE DU SOL ° FARHENHEIT MOYENNES MENSUELLES					
MOIS	Montreal	Paris	Greenwich	Montréal à 40 pouces	Paris à 40 pouces	Greenwich à 8 pouces	Montréal à 1 pouce	Paris à 2 pouces	Greenwich à 1 pouce
Janvier	12	26	38	36	37	40	28	35	36
Février	15	40	39	36	38	41	30	36	40
Mars	24	45	42	36	45	41	32	46	38
Avril	40	38	47	40	50	44	54	52	45
Mai	54	45	53	48	55	49	68	61	51
Juin	64	63	60	56	63	57	78	64	63
Juillet	67	67	63	62	64	65	79	68	68
Août	66	65	62	62	64	64	74	66	65
Septembre	58	59	58	57	62	60	64	61	57
Octobre	46	51	51	52	57	53	50	54	47
Novembre	33	43	43	45	58	47	38	46	42
Décembre	18	38	41	40	41	46	31	38	39
Moyenne annuelle	41.8	52.0	5.00	47 6	47.6	52.0	51.3	51.8	49.5

Les températures du sol de Montréal sont tirées des obser-
...ons de MM. H. L. Calender et C. H. McLeod, rapports de la
S...été Royale du Canada, 1895 et 1896. Les températures du
...le Paris sont tirées des observations de MM. E. et H. Becque-
...omptes rendus, 1883, tome 96, p. 1100. Toutes ces tempéra-
...ont été prises audessous du gazon. Pour plus de simplicité,
...avons exprimé les températures par le nombre entier Far-
...eit qui se rapprochait le plus du degré réel, lorsqu'il existait
...fractions. Les différences entre la moyenne mensuelle et les
...ératures les plus basses et les plus hautes est de 1° à 4° Farh.
On nous a fait remarquer que la croissance et le développe-
... plus rapide de la flore du Canada pourraient bien s'accom-
...er aussi d'une évolution plus rapide de la faune canadienne,
...rapport à celle de l'Europe. Tel n'est pas le cas indivi-
...ment pour les insectes que nous avons étudiés. Cependant,
...avons constaté que l'apparition successive des différentes es-
... dans les cadavres exposés, s'est faite à des périodes beau-
... plus rapprochées que celle que nous nous attendions à trou-
...après les règles établies par Mégnin.

Dans nos observations relativement peu nombreuses, sur les 23 espèces mentionnées par Mégnin, comme apparaissant pendant la première année d'exposition, nous en avons rencontré 11, et nous avons constaté que 5 espèces sur les 12 qui restent sont rares sur ce continent. Par contre, nous avons rencontré deux

(Avec la gracieuse permission du *Montreal Medical Journal*)

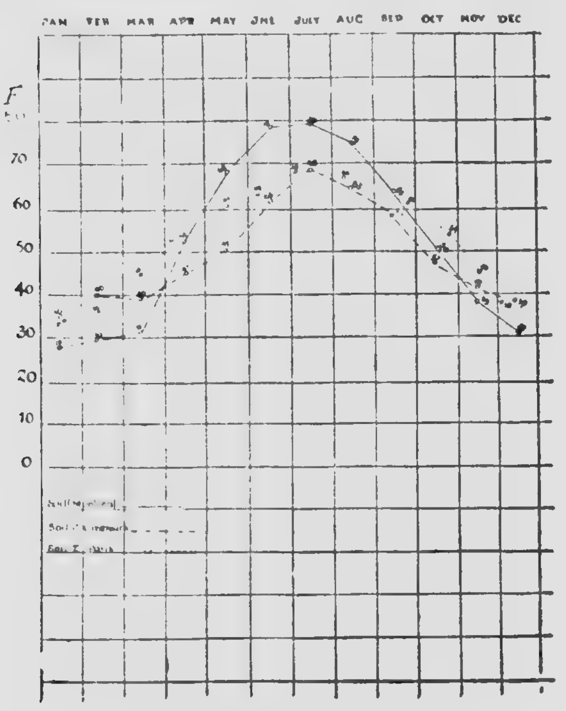


FIG. III.—Moyenne mensuelle de la température du sol à Montréal (1 pouce) ——, Paris (2 pouces) . . . . ., et Greenwich (1 pouce) . . . .

espèces qu'il ne mentionne pas, ce sont les insectes Trox et Omosita, qui sont rares en France, quoiqu'appartenant au genre Sarcophaga. Nous avons rencontré constamment les diphtères de la première et de la seconde périodes, sur les cadavres exposés pendant la saison chaude ; tout au contraire, nous ne les avons pas

...uvés pendant l'hiver, à moins que les corps eussent été gardés ... l'intérieur des maisons pendant quelques jours. L'exception ...vante vaut la peine d'être notée. Le cadavre d'un aliéné ...appé d'un asile le 22 février 1896, alors que la terre était cou-...te de neige, fut trouvé le 20 avril 1896 dans un champ, sur un ...e neige. Il avait une quantité considérable de petites larves ...ches dans les cavités nasales, et sur les yeux, que l'on reconnut ...s éclosion être celles de l'espèce *Calliphora Erythrocephala.* ... vrai que le développement et l'éclosion de la nymphe ...aient pas encore eu lieu. Pour déterminer les dates, la con-...sance des époques de l'année à laquelle se fait la génération ...différentes espèces d'insectes est de la plus grande importance.

Une déduction qui n'est pas mentionnée par Mégnin, mais ...nous a été d'une utilité pratique considérable, c'est que lorsque ... trouve des pupes de diptères vides, on peut dire que la durée ...l'exposition n'a pas été moindre d'un mois ; tandis que l'ab-...e de pupes vides indique que l'exposition ne remonte pas à ... d'un mois, pendant le temps chaud.

Nos observations sont absolument semblables à celles de ...gnin, quant à l'ordre de succession. Ainsi, lorsque les acariens ...taient, nous avons trouvé la preuve que les genres *Silpha* et ...*er* les avaient précédés. Nous n'avons rencontré le genre ...phila que lorsque la saponification du cadavre était très avan-... Les *Dermestes* existaient avant la période de saponification, ... pas au début de la décomposition. Les genres *Calliphora* et ...*a* sont les insectes que nous avons rencontrés jusqu'à la fin ...premier mois, dans des cas où les dates ont pu être établies ...e manière certaine. Nous n'avons pas trouvé le genre *Luci-*... dans les cas où l'exposition n'avait duré que quelques jours.

Nous n'avons jamais rencontré les genres *Attagenus, An-*...*us, Tenebrio* et *Ptinus,* mais comme, dans aucune de nos ob-...ations, l'exposition des cadavres n'avait atteint la période d'in-...n de ces insectes, mentionnée par Mégnin, leur absence con-...e la règle générale établie par lui. Dans un cas où la durée de ...osition, établie d'une manière certaine avait été de 5 semaines, ...os du crâne étaient à nu, les clavicules complètement dépouil-... des parties molles et désarticulées, ces insectes n'ont pas été ...ontrés. La disproportion de la décomposition des différentes

parties du corps, dans ce cas, était absolument remarquable, car les organes abdominaux étaient si bien conservés, qu'il a été possible de faire des recherches chimiques pour l'arsenic.

Chaque fois qu'il a été possible de le faire nous avons élevé des larves afin de pouvoir déterminer exactement le temps nécessaire à une évolution complète. La durée d'un cycle n'a jamais été moindre que celle donnée par Mégnin. Il a été extrêmement difficile d'obtenir plus de deux générations. Malheureusement le pamphlet publié depuis par le bureau d'entomologie de Washington n'avait pas encore paru lors de nos premières observations, et nous n'avons pu leur appliquer les excellents conseils qu'il donne sur l'entomologie pratique.

Dans une affaire où nous avions été appelé comme expert, l'étude de la faune fournit des renseignements précieux à la justice. Dans les premiers jours de mai 1895, on trouva le cadavre d'un inconnu, le crâne percé par un trou de balle, dans un endroit désert. Le cadavre avait subi en entier la transformation en gras de cadavre ou adipocire, et dans plusieurs endroits, les os étaient mis à nu. Le corps et ses vêtements fourmillaient de petites larves blanches, que l'on reconnut à leurs sauts caractéristiques, appartenir à l'espèce *Pyophila casei* ce qui fut vérifié par l'évolution subséquente de ces larves. De plus, le cadavre et les vêtements étaient littéralement couverts de grosses larves de diptères et de pupes vides que nous ne pûmes identifier exactement. Il n'y avait pas d'acariens ni de coléoptères. La théorie émise par la police était que cet individu avait été assassiné pendant l'hiver dans une maison située près de l'endroit où fut trouvé ce cadavre. La présence en si grand nombre de diptères renversa complètement cette théorie en faisant remonter la date de l'exposition du cadavre aux jours chauds de l'été ou de l'automne précédents. Lancées sur cete piste, les recherches aboutirent à faire identifier le cadavre comme celui d'un inconnu qui avait été vu dans ce voisinage, pendant les récoltes et qui avait sur lui un revolver. Subséquemment on trouva un revolver près de l'endroit où avait reposé le cadavre, ce qui donna raison à l'opinion émise tout d'abord par l'expert qu'il agissait d'un cas de suicide.

Dans le mois de février 1895, on apporta au Dr .Wyatt Johnston, le cadavre d'un enfant nouveau-né qui avait été trouvé

sous un plancher d'une chambre de bain située directement au-dessus de la cuisine. On fit en même temps rapport que, si les dépositions des témoins étaient vraies, le cadavre de l'enfant devait avoir été placé à l'endroit où on l'avait trouvé, cinq semaines auparavant. Des étrangers avaient remarqué que la servante de la maison, que l'on supposait être la mère de cet enfant, avait présenté un développement abdominal suspect, quoique la maîtresse de la maison ait déclaré à l'enquête qu'elle n'avait rien remarqué. Après la nuit en question, cette rotondité disparut tout à coup, et les manières de la jeune fille parurent singulières et étranges pendant les quelques jours suivants. Un compagne de la servante, qui partageait sa chambre, dit que cette même nuit, l'inculpée était allée dans la chambre de bain, en disant qu'elle allait *changer de bas*, et qu'elle était revenue couverte de sang.

Un mois plus tard, des draps du lit et des sous-vêtements de la servante, présentant des taches considérables de sang, furent saisis par la police. Malheureusement, un examen vaginal convenable ne fut pas fait lors de l'enquête ; mais nous apprimes subséquemment qu'une espèce de sage-femme avait examiné la jeune fille à la demande du coroner McMahon et qu'elle avait trouvé les signes d'une grossesse récente. Quoi qu'il en soit il paraissait établi non seulement que la servante avait été enceinte, mais qu'elle avait réellement accouché à l'époque mentionnée. Il restait seulement à établir l'identité de l'enfant.

Le cadavre était dans un état de décomposition très avancée, et fourmillait d'insectes et de larves de *Dermestes lardarius* de larves et de pupes, dont quelques-ne étaient vides, de *Calliphora erythrocephala* ; quelques mouches adultes s'envolèrent à l'ouverture de la boite qui avait renfermé le cadavre depuis quelques heures. Le cadavre exhalait une forte odeur de vieux fromage, et sa surface était criblée de trous creusés par les insectes. Pas de traces d'acariens au microscope. L'état avancé de putréfaction rendit impossible toute constatation quant à la cause de mort. Les poumons quoiqu'offrant quelques signes que l'enfant avait respiré, étaient trop décomposés pour permettre de conclure positivement. Le cadavre ne présentait pas de marques de violence graves, les seules qui pussent être appréciables sous les circonstances. L'enfant était venu au monde entre le 8e mois et le terme

normal de la grossesse, il n'y avait pas de preuve qu'il eût reçu des soins.

Ici, nous avons une anomalie bien étrange: les dépositions positives des témoins ne faisaient pas remonter la mort à plus de 5 semaines, tandis que d'après Mégnin, la seule autorité sur le sujet, le cadavre ne pouvait arriver en l'état où il a été trouvé en moins de trois mois. Une telle abondance d'insectes *Calliphora* ne se rencontre pas non plus habituellement au printemps. Quant à nous personnellement, nous n'avons jamais vu un cadavre dans cet état, après un mois seulement d'exposition. D'un autre côté la situation du cadavre, entre deux planchers, au-dessus d'une cuisine, était de nature à hâter le dessèchement du cadavre, si favorable aux *Dermestes*. Nous avons alors fait quelques expériences : des insectes de dermestes mis en présence de cadavres d'enfants nouveau-nés, ne les ont pas touchés pendant le premier mois et ne les ont envahis qu'à la fin du deuxième, et encore ce résultat minimum n'a pu être obtenu que dans un atmosphère sec. Nous avons cru que la présence des acides gras contenus dans l'enduit sébacé aurait bien pu hâter les choses, mais, d'après nos expériences, la présence de ces acides n'a pas paru avoir d'action notable.

La contradiction entre l'expertise médicale et les dépositions des témoins fut remarquée à l'enquête et, lors du procès, elle eut pour résultat l'acquittement de l'inculpée. Dans cette affaire les circonstances étaient certainement en contradiction avec les théories de Mégnin, mais la matérialité des faits n'a jamais été établie de manière à écarter tout doute.

Dans une autre affaire, le cadavre d'une vieille femme, dans un état de décomposition très avancée, avec transformation des tissus en adipocire, fut trouvé dans un champ, au mois d'août 1895. Les téguments exposés étaient parcheminés et le squelette de l'extrémité supérieure du cadavre était dépouillé en certains endroits. Autant qu'il a été possible de l'établir, l'exposition du cadavre remontait au milieu d'avril, c'est-à-dire qu'elle durait depuis plus de quatre mois. Le cadavre était envahi par les Diptères *Calliphora erythrocephala*, *Lucilia caesar* et *Pyophila casei* les Coléoptères *Silpha noviboracensis*, *Omosita colon* *Hister foedatus*, *Trox unistriatus* et *Saprinus assimilis*. En plus, il y avait

sur certaines parties du corps, un grand nombre d'acariens qui n'ont pas pu être identifiés parfaitement par les experts que nous avons consultés, mais qui incontestablement appartenaient au genre *Tyroglyphus.*

Les constatations, dans ce cas, sont absolument ce que l'on devait s'attendre à trouver d'après les théories de Mégnin, quant aux insectes présents, quoiqu'ils soient apparus à une époque beaucoup plus avancée que celle que leur assigne Mégnin. La présence de deux espèces non mentionnées par lui *Trox* et *Omozita,* n'affirme pas l'exactitude de ses dires, car ces espèces sont très rares en Europe.

La méthode de Mégnin de calculer l'intervalle entre les périodes d'après le nombre d'insectes et la proportion des males et des femelles, parait avoir une fondation moins solide, quoique ce soit une des premières méthodes employées par lui, car il est impossible de savoir d'une manière certaine quel est le nombre d'insectes qui ont primitivement envahi le cadavre.

Nos observations pour les cadavres inhumés se résument à quelques examens pour des fins médico-légales et ne sont pas assez nombreuses pour avoir une valeur quelconque au point de vue de la statistique. Nous avons trouvé constamment le *Philonthus* *[illegible],* mais nous n'avons jamais rencontré le Risophagus. Les autres espèces étaient excessivement rares, excepté dans les cas où les cadavres avaient été exposés durant quelques jours, pendant les jours chauds, et qui, ainsi qu'on devait s'y attendre, dans ces cas les présentaient un nombre considérable de diptères, principalement de l'espèce *Calliphora.*

Le Dr Murray Moter a fait, à Washington D. C., de très intéressantes observations sur des cadavres inhumés, qui seront publiées bientôt et qui nous ont été communiquées privément. Elles tendent à établir que la faune des cadavres inhumés à Washington est beaucoup plus variee et beaucoup plus nombreuse que l'on pourrait s'y attendre d'après les rapports de Mégnin pour ce qui regarde la France. L'importance de comparer les résultats dans différents endroits est considérable et nous osons émettre l'idée que la température du sol fournira de meilleurs renseignements sur ce que nos pouvons attendre, que ceux qui sont fournis par les conditions atmosphériques de température et de

climat, tant pour les cadavres inhumés que pour les cadavres exposés.

Conclusions : Il paraît établi que des observations et des expériences devraient être faites dans chaque localité avant que les connaissances actuelles en entomologie puissnt être appliquées généralement à la médecine légale. Dans le district de Montréal, les différences sont une question de degré plutôt que de nature, et se rapportent plutôt aux espèces qu'aux genres. En somme, les nouvelles observations confirmeront la succession de différentes périodes et l'ordre dans lequel se font ces successions. Les observations faites sur des cadavres autres que des cadavres humains sont de nature à induire en erreur et on ne doit pas leur attacher beaucoup d'importance. La durée des périodes devra, cependant, en toute probabilité, être modifiée selon les différentes localités Nous connaissons actuellement très peu de chose sur les différences dans le mode d'être des différentes espèces d'un même genre.

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

—

ERREURS ET PRÉJUGÉS

Tout le monde sait les difficultées rencontrées par la société anti-tuberculeuse d'Ottawa pour trouver un site où ériger son sanatorium. Dans une des localités choisies pour cete fin, on a poussé l'antipathie jusqu'au point de menacer de se servir de la force armée contre les promoteurs de ce projet éminemment philantropique.

A la dernière session de la Législature, une des petites villes de la banlieu de Montréal voulait faire insérer dans sa charte une clause prohibant l'érection d'hôpitaux pour les maladies contagieuses dans ses limites.

Ces exemples choisis entre mille, mettent à nu la mentalité de notre population sur la question des maladies contagieuses en général, de la tuberculose en particulier.

Cette mentalité basée sur des erreurs et des préjugés répandus par des écrits mal inspirés, par des laïques plus affirmatifs qu'instruits, même par des médecins trop entiers dans leurs convictions, doit être réformée si nous voulons mener à bien la lutte contre la tuberculose. Car il faut toujours compter avec le peuple et ses caprices qui entraveront les plus beaux mouvements, si on ne se donne la peine de l'instruire et de l'éclairer.

Deux courants d'opinions contraires existent dans les masses au sujet des propriétés du bacille de Koch. Les uns, niant sa puissance de dissémination, s'en tiennent à la vieille théorie d'hérédité pure et simple. La tuberculose, ils en sont convaincus, ne saurait être rangée dans la catégorie des maladies évitables. Les autres, ce sont les plus nombreux et les plus instruits, le comparent aux microbes de la diphtérie, de la variole, de la scarlatine : il suffirait du contact d'un tuberculeux pour contracter la terrible maladie et seul un isolement rigoureux, la séquestration absolue des malades mettraient fin au combat—faute de combattants.

Les médecins le savent, ces deux opinions sont également fausses dans leur exagération. Posées en doctrine elles mènent aux plus graves conséquences.

Inutile d'appuyer, n'est-ce pas, sur cette croyance erronée que tout individu issu de parents tuberculeux deviendra fatalement tuberculeux à son tour. La médecine a trop progressé pour soutenir aujourd'hui ces idées imprégnées d'un fatalisme auquel les résultats d'une hygiène scientifique et des médications reconstituantes donnent un éclatant démenti.

D'un autre côté, emportés par leur zèle, les contagionnistes outranciers, tout en faisant du tuberculeux un objet de terreur, finissent par ne plus redouter la tuberculose.

Quel sort créerait-on aux victimes du bacille de Koch si ces contagionistes avaient leurs coudées franches ? Des parias dans la société, des pestiférés voués à l'isolement et à la réclusion. Les sanatoria, sous le coup de cet affolement ne seraient plus des maisons de santé mais le pendant de ces léproseries du moyen-âge dont la porte d'entrée aurait pu être décorée de la fameuse inscription du Dante.

Et les résultats de cette frayeur intempestive au point de vue de la sécurité du public sont faciles à prévoir.

Les tuberculeux, surtout ceux qui se croient atteints des premiers symptômes de la maladie, cacheront leur état, essaieront de donner le change à leur entourage, pour éviter le triste avenir qu'on leur réserve. Afin de sauvegarder leur liberté d'action, conserver un peu de ce comfort, de ces jouissances du foyer domestique qui adoucissent les amertumes d'une vie hantée par le spectre de la tuberculose, ils négligeront les mesures préventives les soins de désinfection, les traitements méticuleux propres à assurer leur guérison, tout en protégeant les membres de leur famille. Au lieu d'être des patients dociles, soumis aux instructions de leur médecin, soucieux de ne pas diminuer les bacilles qui les minent, ils deviennent de véritables instruments de propagation de ces redoutables germes.

De plus, la terreur de la contagion fait perdre de vue cet autre facteur primordial et nécessaire au développement de la tuberculose : "*la prédisposition du terrain*". Tout le corps médical, à peu d'exceptions près, l'admet aujourd'hui : pour se

velopper le bacille doit trouver un terrain préparé soit par *édité* ou mieux *innéité*, soit par *accident* ou *acquisition*.

L'idée de contagion vous permet d'expliquer certains cas de tuberculose chez des individus sains en apparence, mais vous ne pouvez nier que certains autres individus, d'un physique plus ou moins satisfaisant, vivent ou ont vécu dans des milieux infectés sans contracter la maladie.

La présence de plusieurs cas de tuberculose successifs dans la même raison s'explique encore par la contagion; toutefois, un élément nouveau doit intervenir pour rendre compte du fait que plusieurs membres de la même famille, vivant à de grandes distances, depuis de longues années, sans aucun rapport ou contact finissent par mourir de phtisie.

Dans un même canton, plusieurs frères, sœurs cousins, cousines, disparaissent les uns après les autres emportés par la peste blanche: contagion, direz-vous encore; pourquoi, cependant, les conjoints ou conjointes restent-ils indemnes dans ces milieux saturés de germes infectieux ?

Ce sont là des constatations banales pour l'homme de l'art, mais le gros public les ignore; il importe d'y attirer son attention, de lui en faire saisir la portée, de lui faire comprendre l'enseignement pratique qui s'en dégage.

Pour prévenir la germination des bacilles qui voltigent partout sous forme de poussières, qui nous enveloppent pour ainsi dire dans nos demeures, les écoles, les églises, les salles publiques, les hôtelleries, les wagons de chemins de fer, etc., il faut avant tout et pardessus tout modifier le terrain chez les prédisposés.

Le Prof. Grancher disait un jour : "L'Allemagne lutte contre la tuberrculose par le sanatorium, l'Angleterre par le bifteck, je préfère la méthode anglaise." Cet aphorisme synthétise sous une forme peu banale, les moyens à prendre pour enrayer ce fléau social.

Air pur, lumière abondante, diète alimentaire rationnelle, vie paisible et normale, crainte de surmenage, fuite des mille occasions d'épuisement physique et nerveux semées sur la route par les exigences de la civilisation contemporaine : voilà les armes à employer pour atteindre le but désiré.

D'offensive la lutte devient défensive : les mesures indivi-

duelles accompliront plus et mieux que les mesures collectives les plus rigoureuses.

De tous les préjugés enracinés dans l'âme populaire l'un des plus vivaces est la frayeur inspirée par le voisinage des hôpitaux pour les maladies contagieuses. On se détourne de son chemin pour ne pas respirer l'air infectieux qui doit s'en dégager. Aussi, l'occasion se présentant, il est logique de s'opposer à leur érection du moins....dans son propre quartier. De là à refuser d'y séjourner, il n'y a qu'un pas. Présentement les journaux de médecine nous l'apprennent, beaucoup de malades se privent des avantages d'un traitement bien dirigé dans une maison de santé appropriée, crainte d'aggraver leur affection en s'infectant davantage au contact des autres patients.

La profession médicale ne saurait déployer trop d'énergie pour extirper ces préjugés de l'esprit de nos compatriotes assez crédules d'ordinaire. Elle devra leur enseigner à mieux apprécier ces institutions sanitaires par l'exposition des brillants résultats qu'elles ont donné depuis leur établissement sur un pied scientifique.

Elle leur aprendra par contre à redouter ces résidences mal ventilées, à peine éclairées, surchauffées en hiver, hermétiquement closes en été par crainte des mouches et des poussières, ces demeures richement meublées, dont les tapis et les tentures faute d'un nettoyage rationnel deviennent de véritables nids à microbes.

On s'attachera à démontrer au peuple comme est inoffensif le tuberculeux *stérilisé*, c'est-à-dire celui qui est soigneux de sa personne, de ses mains, surtout de son expectoration en utilisant le crachoir hygiénique. Combien, au contraire, est dangereux le phtisique qui cherche à dissimuler son affection en négligeant les précautions les plus élémentaires, crachant dans son mouchoir ou sur les parquets, semant l'infection sur son passage par imprévoyance, incurie ou égoisme morbides.

Ces notions élémentaires ayant pénétré l'esprit des masses et orienté leurs convictions dans la voie sure, les poitrinaires n'hésiteront plus à rechercher leur guérison dans les hôpitaux et les dispensaires organisés à cette fin. Pour ceux qui peuvent se soigner à domicile il semble naturel de ce conformer à toutes ces prescriptions hygiéniques qui assurent à la fois la conservation ou la

...longation de leur existence et la sécurité du public. La chaise ...gue, la fenêtre ouverte, le crachoir de poche, le désinfectant ...tatif ne seront plus considérés comme l'*enseigne* d'une redou...ble diathèse, le signe précurseur d'un pénible isolement, mais la ...que distinctive d'un individu qui ne veut pas rendre la société ...idaire de la tare morbide dont il est porteur.

En résumé :

...ans la contagion de la tuberculose la virulence du bacille cède ...as au terrain prédisposé à sa germination.

Pour enrayer le fléau et diminuer ses ravages l'hygiène indi...duelle doit, tout d'abord, rendre le terrain réfractaire au bacille ...faisant disparaître les tares héréditaires ou acquises qui faci...ent son éclosion.

Loin d'être des sources de danger les sanatoria et les dis...saires pour les tuberculeux sont les institutions où les ma...s peuvent non seulement s...éliorer et se guérir mais de plus ...rendre à ne pas contaminer ...rs semblables.

Enfin, devant la largeur d'esprit du tuberculeux stérilisé, la ...miseration, la pitié ou la crainte doivent se changer en respect, ...ie et amitié.

L.-J.-O. Sirois, M. D.

St-Ferdinand d'Halifax, 15 juillet 1908.

HANCHE A RESSORT

MICHAEL J. AHERN, M. D.

—

En juillet 1859, Maurice Perrin présenta à la Société de chirurgie de Paris un homme âgé de 22 ans, qui pouvait à volonté produire et réduire une luxation de son fémur droit.

A l'âge de dix ans, cet homme eut, à la suite d'une chute de cheval, une dislocation de la hanche droite, qui fut réduite par des tractions. Un mois plus tard cette dislocation se reproduisit pendant la marche et fut réduite avec plus de difficulté. Depuis lors le malade pouvait, à volonté, reproduire cette luxation en plaçant le membre inférieur droit dans une adduction prononcée. Dans cette position quelque chose glissait brusquement au devant du grand trochanter et il se produisait un bruit semblable à celui qui s'entend pendant la réduction de la tête fémorale luxée.

La Société de chirurgie nomma une commission pour vérifier les faits, séance tenante. Cette commission déclara ne pouvoir trouver aucun déplacement de la tête fémorale, et par conséquent aucune luxation. Un des membres de la commission, Chassaignac, expliquait le bruit et la secousse par un déplacement brusque du *fascia lata*. Un autre, Morel-Lavallée, était d'opinion que les deux symptômes étaient produits par le glissement brusque d'un tissu musculaire. Plus tard il prouva, par des expériences, que les deux symptômes étaient dûs au *muscle grand fessier* dont les fibres antérieures passaient au devant du grand trochanter.

Il faut remonter jusqu'en 1905 pour trouver une autre observation analogue.

Dans la *Revue d'orthopédie*, 1905, VI, I, sous le nom de *Hanche à-ressort*, ou *ressaut fessier trochantérien*, le Dr Ferraton rapporte l'observation d'un militaire, âgé de 22 ans, qui pendant certains mouvements de la hanche droite sentait le glissement brusque de quelque chose au-devant du grand trochanter du même côté ; ce glissement était accompagné d'un bruit semblable à celui mentionné plus haut.

A cause des douleurs dont se plaignait le malade, le Dr. Ferraton fit une incision et put voir, pendant la flexion de la cuisse, le grand trochanter s'enfoncer sous une bande élastique formée par le bord antérieur du muscle grand fessier. Il était évident que le ressaut senti et le bruit de claquement entendu étaient produits par le bord antérieur de ce muscle sautant brusquement par dessus la saillie trochantérienne.

M. Ferraton donna à cette affection le nom de *hanche-à-ressort* ou *ressaut fessier-trochantérien*. Il ignorait l'observation de Maurice Perrin.

Depuis 1905 trois autres cas ont été rapportés.

Il n'y a pas de doute que ce trouble fonctionnel a été rencontré beaucoup plus souvent que ne semblerait le faire croire le petit nombre de faits rapportés, mais il était toujours décrit sous les noms de luxation récidivante, ou luxation volontaire de la hanche.

L'étiologie en est inconnue. La hanche-à-ressort ne peut être confondue qu'avec une luxation de la tête fémorale. Dans la première, il n'y a jamais de raccourcissement, ni de déplacement de la tête. Il faut être très inattentif pour confondre les deux affections; il n'y a pas d'attitudes particulières et les mouvements sont libres.

Traitement.—Il n'y a pas de traitement médical ; les applications extérieures, les bandages, le massage ne produisent aucun effet. Il n'y a qu'un traitement chirurgical, qui peut être réclamé par le malade à cause de douleurs ou pour faire cesser le bruit qui se fait entendre presque à chaque pas. Ce traitement consiste à inciser le tendon du *grand fessier* et à fixer sa face profonde au périoste du fémur et à l'aponévrose du *vaste externe*.

(Pour ce qui précède voir un article, intitulé *Hanche-à-ressort*, publié dans la *Semaine Médicale*, 1907, p. 424.)

Observation personnelle.—J'ai vu, dans le mois de juin, et encore en décembre 1907, Mlle D. M.——— de Québec. Quand elle marche, elle sent à chaque pas quelque chose qui glisse dans sa hanche droite, en même qu'il s'y produit un bruit qui peut être entendu à plusieurs pieds de distance.

Cette jeune fille est âgée de seize ans, a bonne santé, est bien constituée. A part les affections ordinaires à l'enfance, elle n'a aucun antécédent pathologique. Ses antécédents héréditaires sont nuls. Elle n'a jamais, à sa connaissance, subi un traumatisme quelconque. Elle peut marcher et courir sans boiterie, ni douleur, ni fatigue anormale. Pendant la marche, chaque fois que la cuisse droite est fléchie sur le bassin, la main, appliquée sur la face externe du grand trochanter du même côté, sent que la peau est soulevée et séparée de l'os par un plan fibreux ou musculaire qui se porte obliquement de bas en haut et d'arrière en avant. En même temps la main reçoit un froissement semblable à celui qui serait produit par le frottement l'une contre l'autre de deux surfaces irrégulières, recouvertes de cartilage. Ce froissement est marqué par un bruit analogue à celui qui accompagne la réduction de la tête fémorale luxée. On se rend compte parfaitement que le mouvement brusque et le bruit sont tout-à-fait superficiels et qu'ils n'ont pas pour siège l'articulation coxo-fémorale. Les mêmes phénomènes se produisent à chaque flexion de la cuisse droite, que la malade soit debout ou couchée, aussi bien que pendant la marche

Quand ce trouble a commencé, la jeune fille se trouvait à Toronto où elle fait ses études. Là elle fut traitée par des applications externes, des bandages et des massages, mais sans résultat.

Maintenant le glissement du tendon du grand fessier se produit encore mais n'est pas toujours accompagné du bruit de claquement. La malade ne l'entend plus elle-même quand elle le cherche. Ce bruit est moins fort qu'il était au commencement. Comme elle ne souffre nullement, je ne lui ai proposé aucune intervention.

DIAGNOSTIC DE LA LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE

—

Les transformations accomplies dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche ont été considérables. Après avoir cru à l'incurabilité de cette malformation, on s'est acharné à vouloir la traiter par des méthodes sanglantes, mais les insuccès ont été presque aussi nombreux que les tentatives. Nous ne mentionnons pas nombre d'accidents qui ont été de véritables désastres.

Depuis quelques années la curabilité de cette luxation n'est plus mise en doute; elle est basée sur des preuves certaines et indéniables qui sont cliniques, anatomiques et radiographiques, et les orthopédistes sont fiers des résultats merveilleux qu'ils obtiennent chaque jour, par la méthode non sanglante.

La luxation congénitale de la hanche est fréquente en Europe, moins au Canada, mais malheureusement il en existe encore un grand nombre de cas et elle n'est pas toujours reconnue et traitée en conséquence.

Nous avons cru utile de repasser brièvement sa symptomatologie qui d'ailleurs est bien définie et dont les éléments sont faciles à dépister.

Les statistiques sont unanimes à proclamer la plus grande fréquence de la lésion dans le sexe féminin: les malades au sujet desquels le médecin est consulté sont habituellement des filles, il faudra donc obtenir un résultat fonctionnel d'autant plus parfait. On a remarqué l'influence de l'hérédité et il n'est pas rare de voir des enfants souffrant de luxation congénitale être présentés au médecin par des parents atteints de la même affection, ou de voir plusieurs membres de la même famille, porteurs de ce vice de conformation.

Le premier symptôme qui se manifeste généralement est le retard dans la marche de l'enfant. En effet l'enfant atteint de

déboitement de la hanche, ne marche jamais avant l'âge de quinze mois et parfois pas avant vingt mois. Nous mettrons ici les médecins en garde qui sont consultés assez souvent au sujet de ces retards dans la marche. Il ne faudra jamais accuser la faiblesse le rachitisme avant d'avoir fait l'examen complet de l'enfant et spécialement recherché les signes de la luxation congénitale.

Pour être plus clair nous diviserons l'examen de l'enfant d'après les différentes positions, pendant la marche, debout au repos et dans le décubitus horizontal.

1. *Enfant pendant la marche* :

La démarche du sujet porteur d'une luxation congénitale, que celle-ci soit simple ou double, est à peu pres caractéristique. Il n'y a pas de médecin tant soit peu observateur qui n'ait pas rencontré dans la rue ou ailleurs de ces personnes dont la démarche ressemble à celle du canard, dont chaque pas est un véritable plongeon d'un seul ou des deux côtés suivant l'uni ou la bilatéralité de la lésion.

Lorsque la difformité est bilatérale Calot compare au mouvement de roulis d'un bateau, cette démarche qui est pour lui la signature d'une luxation congénitale double.

A la vérité elle n'est pas toujours aussi accentuée, particulièrement chez l'enfant jeune, mais avec un peu d'attention et d'entrainement il est facile de la dépister. Elle se manifeste dès les premiers pas de l'enfant et s'accentue avec l'âge et la fatigue. Le soir donc l'enfant boitera davantage ; car après le repos il peut contracter ses muscles périarticulaires et limiter jusqu'à un certain point l'oscillation de la tête fémorale

La boiterie de la luxation n'est pas comparable à celle de la coxalgie. Le coxalgique tire sa jambe, appuie son membre avec crainte et cherche à soulager sa douleur en diminuant la durée d'appui de son membre sur le plan résistant, tandis que le porteur de luxation appuie fermement son membre sans craindre la douleur.

Sur l'enfant nu l'œil pourra suivre la saillie apréciable du trochanter s'élevant dans la fesse et redescendant à chaque pas.

2 *Enfant debout au repos :*

Vu de face, l'enfant qui a une luxation congénitale simple, ...nte une inégalité de longueur des deux membres, un relief ...al du grand trochanter plus saillant, plus élevé, plus éloigné ... ligne médiane et plus en arrière que celui du côté opposé. Si on regarde le sujet de côté on remarque une certaine ...ure lombaire du côté correspondant à la luxation qui s'ac...agne d'une légère scoliose à convexité dirigée tantôt du côté ..., tantôt du côté opposé.

Si on regarde la région fessière on constate que la fesse du ...de la luxation est plus plate et plus élargie que celle du côté ...

La symétrie des lésions dans la luxation double est cause que ...ateur est moins frappé, mais l'ensellure lombaire a laquelle ...pond une proéminence du ventre est plus accentuée ; la ... des trochanters existera des deux côtés

3 *Enfant dans le décubitus dorsal.*

... membre luxé est généralement en légère rotation externe. ...suration fournira des renseignements qui sont plus ou ... précis suivant l'uni ou la bilatéralité de la lésion.

Si celle-ci est unilatérale et que l'on mesure par comparaison ...e d'un ruban métrique la longueur des deux membres de ... iliaque antéro-supérieure à la malléole externe, on consta...n raccourcissement de un ou plusieurs centimètres du côté ... et on localisera le siège du raccourcissement au niveau de ...lation coxo-fémorale en mesurant de nouveau les deux ...es du sommet du grand trochanter à la malléole. Cette ...ration perd son importance lorsque la luxation est double.

On notera que le trochanter est remonté et rapproché de ... illiaque antéro-supérieure et cette ascension sera rendue ...nte en traçant la ligne Nélaton-Roser qui s'étend de l'épine ...-sup. à l'ischion. A l'état normal le sommet trochantér... ...e cette ligne, tandis que dans la luxation il est situé au des... ... la distance qui le sépare de cette ligne mesure la hauteur ... tête dans la fosse iliaque externe.

L'ensemble de tous les signes que nous venons d'énumérer nous fera faire un diagnostic probable. Il y a des causes d'erreur. Il faudra donc pousser l'examen plus loin et chercher des signes positifs que la palpation nous fournira.

Normalement la tête fémorale enfoncée dans la cavité cotyloïde n'est accessible que sur une hauteur d'un centimètre et pour cause la paroi antérieure du cotyle et le bourrelet cotyloÏdien, mais un plan résistant est formé par le col qui fait suite à la tête. Le point de repère de la tête sera l'artère fémorale qui bat à un centimètre en dedans du milieu de l'arcade de Fallope et qui croise la tête à l'union de son tiers interne avec son tiers moyen.

Donc si après avoir repéré on palpe la région, on sent la paroi antérieure du cotyle qui donne une résistance osseuse sur une hauteur de quelques millimètres, et au dessous on a une sensation de vide à l'endroit de la tête et du col du fémur, le doigt s'enfonce plus ou moins loin dans des tissus mous, des masses musculaires qui peuvent résister quelque peu si l'enfant se contracte, mais que le doigt en insistant réussit à déprimer.

La cavité cotyloïde est vide, puis on repère le trochanter et on cherche en arrière et en dedans la tête que l'on reconnait par la saillie dure, osseuse, plus ou moins régulièrement arrondie et qui suit les mouvements de rotation que l'on imprime au fémur. On peut donc ainsi palper presque tout son contour en imprimant des mouvements aux membres tandis qu'à l'état normal elle ne présente au palper qu'une légère surface, une petite bande de son contour.

Voilà donc le grand symptôme de la luxation congénitale de la hanche : il restera à bien préciser le siège de la tête qui est habituellement la fosse iliaque externe, mais que l'on peut trouver aussi en avant de la cavité cotyloÏde et en arrière. Ces trois positions de la tête font l'objet de la division de la luxation congénitale en trois catégories : l'antérieure, la postérieure et la suscondylienne.

Il faudra rechercher l'étendue des mouvements de la cuisse. La flexion et l'extension de la cuisse sur le bassin sont normales; l'adduction est parfois exagérée, tandis que l'abduction est limitée par suite de la rétraction des adducteurs qui dans certains cas perdent jusqu'à un tiers de leur longueur.

Pour être complet il nous faut mentionner la radiographie [illegible]us permet de localiser encore plus précisément la tête fémo-[illegible] d'en apprécier ses principaux caractères. Mais comme ce [illegible]n n'est à la disposition que d'un petit nombre de médecins il [illegible]aut pas y compter, et il faut s'entrainer à faire le diagnostic [illegible] les autres moyens qui d'ailleurs suffisent amplement.

Les lésions de la hanche qui peuvent être confondues avec la [illegible]ion congénitale sont peu nombreuses, et en réalité il n'y a [illegible] la coxa-vara dont la démarche simule celle du déboitement. [illegible] la coxa-vara est une manifestation rachitique, s'accom-[illegible]nt des stigmates du rachitisme; d'ailleurs la palpation de [illegible]ulation fera toujours reconnaitre la situation de la tête [illegible]ale. Mentionnons encore la coxalgie, certaines affections [illegible]ses telles que la maladie de Friedrich et l'atrophie mus-[illegible] progressive (type infantile) dont l'histoire nous permettra [illegible]iner à première vue l'existence.

En terminant nous ne saurions trop conseiller un diagnostic [illegible] L'état actuel de la question veut que plus l'enfant [illegible]été jeune, meilleurs sont les résultats fonctionnels auxquels [illegible] vise le chirurgien orthopédiste.

Docteur Achille Paquet.

Paris, 5 janvier, 1908.

UN CAS D'ATONIE MUSCULAIRE CONGENITALE.— MALADIE D'OPPENHEIM

Par P. V. GASTONGUAY

—

A la fin du mois de mai 1907, nous avons eu l'occasion de voir Germaine B. âgée alors de 3 ans et 8 mois.

Le père et la mère, encore de ce monde, ont toujours joui d'une santé excellente.

La mère a eu successivement un enfant à terme, une fausse couche à quatre mois, un accouchement à 7 mois d'un enfant mort, du sexe féminin, puis la petite malade qui fait le sujet de la présente observation, et deux autres enfants à terme, dont un garcon et une fille.

D'après les calculs de la mère, la petite Germaine B. serait née une vingtaine de jours avant terme, et cette grossesse aurait différé des autres; les mouvements fœtaux n'ont pas été sensiblement perçus comme aux autres grossesses. L'accouchement s'est fait facilement, par le sommet.

Pendant les premiers jours qui suivirent la naissance, l'enfant ne parut pas tout-à-fait normale, n'étant pas comme les autres, nous dit la mère qui ne s'inquiéta cependant pas. A l'âge de dix semaines, elle eut une affection pulmonaire ou broncho-pulmonaire et des crises que nous croyons avoir été du phréno-glottisme. C'est à la suite de cette maladie, que la maman s'aperçut de l'affection pour laquelle on nous amena la petite malade. L'enfant semblait alors absolument paralysée. Incapable d'imprimer des mouvements à ses membres, elle ne pouvait même pas retenir sa tête, qui retombait sur ses épaules. Les muscles de la face et du pharynx semblent toujours avoir été indemnes, parce que l'enfant, d'abord nourrie par la mère, puis au biberon, a toujours tété parfaitement.

Cet état alla en s'améliorant d'une façon progressive, mais très lente, ce que voyant, le médecin de famille conseilla à la

[illegible] de nous amener l'enfant. Lorsque nous vîmes l'enfant [illegible] la première fois, la petite Germaine B... avait l'allure [illegible]rale d'une paralysée flasque des quatres membres. Il lui était [illegible]ssible de se tenir debout toute seule, et voulait-on lui faire [illegible]r cette position, qu'elle s'effondrait sur elle-même sans avoir [illegible]ce de prendre avec ses membres supérieurs un point d'appui [illegible] sur les objets environnants. Impossible aussi lui était de [illegible]r assise à moins d'être soutenue, et si on l'abandonnait, on [illegible] sa colonne vertébrale se courber en dessinant une large cy[illegible]phose, puis l'enfant s'affaissait. Il n'existait pas, croyons-nous, [illegible]alysie véritable, mais bien plutôt de l'atonie musculaire, car [illegible]nt couché sur le dos, sur un plan résistant, faisait au com[illegible]ment mouvoir ses jambes et ses bras.

Cette atonie s'étend aussi aux ligaments articulaires, car [illegible] les articulations peuvent être portées en hyperextension [illegible]rée dépassant considérablement les limites de l'hyperexten[illegible] normale. Lorsqu'on essaie de faire tenir l'enfant debout en [illegible] tenant, les genoux prennent l'atitude du "genu recurvatum" [illegible] os de la jambe glissent en avant sur l'astragale, reprodui[illegible] ainsi cette attitude du pied que l'on rencontre assez fré[illegible]ment dans le rachitisme.

Les muscles ne semblent pas atropiés, mais ils donnent à la [illegible]tion, une sensation à grande mollesse.

La mimique est intacte et les muscles innervés par les nerfs [illegible]ns sont respectés.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Les réflexes [illegible] sont normaux. L'enfant est propre depuis longtemps et [illegible] sphincters fonctionnent normalement. La sensibilité et les [illegible] des sens sont normaux. Dans les mouvements inten[illegible], il y a un léger tremblement du côté des membres supé[illegible]. Nous n'avons pas pu faire rechercher les réactions élec[illegible] la maman s'y opposant, craignant que l'on fasse souffrir [illegible]te malade.

La peau n'est pas très souple, sauf celle du visage. Sur les [illegible]res inférieurs, elle présente un épaississement œdémateux [illegible] lisse, rapelant le myxœdème.

[illegible]etat général est bon, les viscères normaux et l'enfant ne [illegible] aucune déformation pouvant être attribuée au rachi-

tisme. Au point de vue intellectuel, l'enfant est très en retard. Depuis quelque temps cependant, nous l'avons revue quatre fois, l'intelligence se développe rapidement. Elle commence à parler et comprend tout ce qu'on lui dit. Tout dernièrement, nous avons eu une lettre de la mère qui consent que nous vous présentions la malade et qui nous dit que depuis quelques jours la petite Germaine commence à se servir un peu de ses mains pour prendre quelques objets légers, mais pas assez pour manger seule. Aussi elle maintient beaucoup mieux sa tête et la fait mouvoir facilement.

Messieurs, cet ensemble de symptômes, nous a bien causé quelques perplexités, et nous nous trouvions en face d'une maladie que nous ne pouvions pas étiqueter.

En effet, il ne peut être question d'une paralysie spinale ou cérébrale, car l'affection de notre petite malade est certainement congénitale, et d'autre part, les troubles moteurs sont trop généralisés et trop étendus, pour être rapportés à l'une de ces deux maladies.

Nous ne croyons pas qu'il puisse s'agir non plus d'une polynévrite qui, rare dans les premiers mois de la vie, s'accompagne toujours de troubles de la sensibilité, de douleurs vives. Point de douleur chez notre petite malade, et l'impotence musculaire est plus marquée à la racine des membres qu'aux extrémités, ce qui est l'inverse dans les polynévrites.

Il ne s'agit pas non plus d'une myopathie progressive, et l'affection ne rappelle aucun des nombreux types de myopathie qui ont été décrits; l'absence de l'hérédité, l'étendue que les troubles moteurs ont eu d'emblée, l'absence d'atrophie musculaire et surtout la marche de la maladie, qui presque généralisée au début a été en s'améliorant progressivement, alors que les myopathies ont une marche extensive et progressive, tous ces caractères écartent avec certitude le diagnostic de myopathie.

L'amyotrophie paralytique de la première enfance (Maladie de Hoffmann) a une évolution progressive, assez rapide, toujours ascendante et assez rapidement fatale. Notre petite malade ne peut être rangée dans cette catégorie.

Dans les formes graves du rachitisme, il arrive quelquefois

...n puisse observer des phénomènes parétiques très accusés. ...petite malade ne porte aucun signe de rachitisme.

Que penser d'une polyomyélite ? Dans ses formes générali... touchant les quatre membres, on observe une atteinte des ...les du cou et du tronc qui progresse assez rapidement. Notre ...malade a bien eu de l'atonie des muscles du cou et du tronc. ...élioration est notable. D'aurte part, Germaine était atonique ...naissance.

En effet, chez notre petite malade, l'origine congénitale est ...près certaine, bien que les parents ne s'en soient inquiétés ...âge de dix semaines.

Oppenheim a décrit en 1900, sous le nom de myatonie, une ...on jusqu'alors inconnue et caractérisée essentiellement par ...onie musculaire sans paralysie véritable, étendue à la plu... muscles du corps et dont l'origine est congénitale, affec...ue Berti appela plus tard, atonie musculaire congénitale.

Oppenheim donnait alors une description précise de la ma... Monatsch f. Psychiat. u. Neurol.). " Pour lui, le carac... ...sentiel de cette affection réside dans une hypotonie mus... plus ou moins accentuée suivant les cas, allant depuis une ...ite paralysie complète jusqu'à une simple faiblesse, une ...musculaire. Dans les cas très légers, la faiblesse muscu... ...se traduit que par le manque de force de quelques mou...s." Ce n'est que le 24 février 1904, que le professeur ...eim présenta à la Société de médecine de Berlin, une en...emte de cette affection bizarre encore jamais observée ...i, et dont il possédait cinq observations, les quatre pre...médites.

...us avons été assez heureux pour mettre la main sur les ...s observations publiées et dues à Oppenheim, Spiller, Muggia, Kundt, Jovanne, Sorgente, Cattaneo, Rosenberg, ..., Tobler, Bing, Beaudoin, Carey, Combes, Variot, Devil ...omby, Leclerc, Ausset.

...étude attentive de ces publications nous montre que notre ...ation est tout à fait semblable à celles qui ont été publiées, ...r Oppenheim, soit par les autres auteurs plus haut cités. ...es cas sont d'ailleurs superposables et l'atonie musculaire ...itale que Ausset a dernièrement proposé d'appeler " Hypo-

tonie musculaire congénitale " semblerait ne présenter que peu de variantes.

Aussi après quelques hésitations, parce que nous connaissions mal cette maladie, nous en sommes arrivé à la conclusion que la petite Germaine B. était atteinte d'hypotonie musculaire congénitale, l'antipode de la maladie de Little et de Thomson, suivant l'expression même d'Oppenheim, où le tonus musculaire est exagéré.

Quel est le pronostic de cette maladie ? Sur les 22 cas publiés jusqu'ici, 5 se sont terminés par la mort à la suite d'accidents broncho-pulmonaires qu'expliquerait assez bien l'atonie des muscles de la respiration. Ceux qui ont échappé aux complications du côté des voies respiratoires se sont tous améliorés et l'affection est encore d'étude trop récente pour que l'on soit en état de dire jusqu'à quel point cette amélioration peut se poursuivre. L'enfant que nous avons tenu sous observation a fait des progrès notables, de nature à nous faire croire qu'il guérira.

Evidemment l'évolution ne peut être que très lente, mais les trois seules nécropsies pratiquées jusqu'à ce jour, ne semblent pas impliquer une lésion incurable.

Oppenheim pensait qu'il s'agissait de lésions musculaires et non de lésions nerveuses. Spiller fit un examen post mortem qui confirma l'opinion d'Oppenheim. Cet auteur n'a trouvé des lésions que du côté de la musculature, sans rien d'anormal dans les centres nerveux ou dans les nerfs périphériques.

Ce n'est cependant pas là l'opinion de Bing, qui, après avoir prélevé un fragment de muscles sur son petit malade, et ne trouvant aucune lésion musculaire, attribua l'affection à un arrêt de développement des voies médullo-cérébelleuses conductrices du tonus.

Mais l'autopsie du cas de Beaudoin ainsi que celle faite par Variot, très complètes et bien étudiées, ne relèvent rien d'anormal du côté du système nerveux central. "Seul le neurone périphérique était touché en totalité et au niveau des muscles, la prolifération conjonctive, l'hypertrophie de certaines fibres, la multiplication des noyaux du sarcoplasme, signifiaient plus qu'un simple arrêt " Il semble, dit Beaudoin, qu'une cause morbide ait

n lu le développement de la moelle et des nerfs e agissant sur ...le, l'ait dévié de son type normal

De plus, Beaudoin a trouvé une sclérose assez avancée ...s thyroïde ce qui lui a fait croire que l'altération de cette ... pouvait bien être la cause de l'hypotonie musculaire ...ato et Berti avaient déjà émis cette opinion. Ce dernier ...dans cette affection une variété de myxœdème congénital.

Du peu de connaissances que nous avons de la maladie, ...lera un traitement qui ne laissera pas d'être un quelque peu ...rique. Le massage, les mouvements passifs, les bains élec...s, les courants continus et faradiques, les bains salés, quel... injections d'eau de mer isotonique, les frictions stimulantes ...nic, la strychnine et l'opothérapie thyroïde, seront mis en ...re. Tous les cas ainsi traités où la broncho-pneumonie n'est ...venu faire des siennes, ont été beaucoup améliorés, et c'est ...ne chose pour une maladie encore jeune et mal connue, qui ...usement, n'est pas d'occurrence quotidienne.

Québec, 59 Ste-Ursule.

BIBLIOGRAPHIE

Oppenheim.—Ueber allgemeine und lokalisierte Atonie der ...kulatur (Myatonie) in frühen Kindesalter (Monat F. Psych. ...eurol 1900 VIII, 37.

Oppenheim.—Ueber einem Fall von Myatonia congenita ...l. klin Wochen, 7 mars 1904).

Spiller.—General or localized hypotonia of the muscles in ...hood (myatonia congenita) (University of Pensylvania, Bull., janvier 1905.

...erti. — Contribuzione all atonia musculare congenita di ...heim (La Pediatria février 1905).

...ndt.— Thèse de Leipsig 1905. Ueber Myatonia con...

...nne.—Contributo clinico allo studio dei atonia muscu...ngenita di Oppenheim (La Pediatria, mars 1906).

Sorgente. — Due casi di atonia musculare congenita di Oppenheim (La Pediatria, mai 1906).

Cattaneo. — Sulle parilisi dei neonati a sulla myatonia di Oppenheim (Clinica moderna, juin 1905).

Rosenberg.—Ueber Myatonia congenita (Deut. Zeits. f. Nervenheilk, 1906, XXXI, 1-2 p. 130).

Comby.—Archives de médecine des enfants, (sept. 1906).

Tobler.—Sur la myatonie congénitale d'Oppenheim (Jahrbuch für Kinderheilk, 1907).

Bing.—Ueber atonische Zustande der kindlichen Muskulatur (Med. Klinik, janvier 1907).

Beaudoin. — La myatonie congénitale (Maladie d'Oppenheim) Semaine médicale, 22 mai 1907).

Carey Combes.—(British Med. journal, juin 1907).

Variot.—Société de Pédiatrie de Paris, octobre 1907.

Devillers.—Société de Pédiatrie de Paris, octobre 1907.

Comby.—Société de Pédiatrie de Paris, octobre 1907.

Leclerc.—Un nouveau cas d'atonie musculaire congénitale (Gaz. des Hôpitaux 1907).

Ausset.—Sur un cas d'atonie musculaire congénitale (La Pédiatrie, mars 1908).

Comby.—Traité des maladies de l'enfance. (Page 755.

LA NEURASTHENIE DES INANITIES

—

La neurasthénie, telle que décrite par Beard en 1869, signifie dépression, fatigue nerveuse. Cette dénomination, dans l'esprit de l'observateur américain s'étendait à tous les états caractérisés par une infériorité fonctionnelle du système nerveux "Ne devient pas neurasthénique qui veut", disait Charcot, il faut une prédisposition héréditaire ou éducationnelle antérieure à l'agent qui a provoqué l'éclosion de la névrose.

La pathologie nerveuse a été bouleversée de fond en comble ces dernières années, notamment les chapitres qui traitent des névroses et des psychonévroses. L'on a observé qu'à côté des formes dites essentielles, il y avait des affections secondaires présentant un tableau clinique superposable ou presque superposable au type classique. L'on a même été plus loin, jusqu'à nier la forme essentielle, c'est le cas pour l'épilepsie.

Ce qui est vrai pour les autres névroses est vrai pour la neurasthénie et nous croyons que la magistrale description de Beard complétée par Charcot, s'applique à quelques états qui ne relèvent aucune façon d'une prédisposition d'éducation, constitutionnelle ou héréditaire.

Il n'y a jamais de gastro-entérites, disait Broussais sans un certain degré d'irritation cérébrale, et la preuve n'en est-elle pas le fait qu'on observe très souvent des réactions cérébro-méningitiques chez les enfants qui souffrent de l'appareil digestif ?

Longtemps après Broussais, Hayem ajoutait que la neurasthénie pouvait être créée de toutes pièces par des troubles digestifs. Les retentissantes communications du Pr. Bouchard sur les formes gastriques de la neurasthénie pour exagérées qu'elles soient, n'en sont pas moins greffées sur un fond de vérité. Glénard et Mathieu ont aussi constaté des cas de neurasthénie secondaires à des affections digestives. Il faut donc voir dans le mot neurasthénie une étiquette s'appliquant à divers états morbides à

manifestations assez semblables, mais reconnaissant les causes les plus variées, causes qu'il faudra rechercher avec soin si l'on veut lui opposer un traitement efficace.

Parmi ces causes, il en est une sur laquelle on appuie d'une façon très insuffisante ; cette cause c'est l'inanition et par ce mot nous n'entendons pas la privation complète d'aliments, mais plutôt une diminution progresive de l'alimentation, une forme chronique de l'inanition.

Les causes qui ont amené le malade à réduire sa prise journalière sont nombreuses, trop nombreuses pour être citées toutes :

Les responsabilités dont certaines personnes se font une carrière sont pour eux une succession de catastrophes.

L'influence du système nerveux déprimé par le travail, les passions et par l'irrégularité de la vie créent un ralentissement de la nutrition et la nutrition c'est la vie, comme dit Bouchard.

L'on connait en outre le rôle que jouent les passions sur la vie digestive : les chagrins, les émotions, le surmenage physique et intellectuel entravent les fonctions digestives, les rendent pénibles et le malade se débat ainsi, s'enfonçant davantage à chaque effort insuffisant ou mal dirigé qu'il fait pour se remonter. L'estomac atonique, amaigri, fatigué ne remplit pas ses fonctions d'une façon normale, on l'accuse de tous les maux. L'alimentation est réduite et progressivement vient la dénutrition. Pour peu que cette erreur dure, le malade s'inanitie et se neurasthénise : la catastrophe est complète.

Quels sont les caractères que présente l'inanitié. Il est maigre, il souffre, il est las, il est inquiet. Il est maigre, c'est la conséquence fatale de la mentalité qu'il s'est faite sur l'état de ses fonctions gastriques et cette maigreur sera d'autant plus marquée que la privation a porté sur les matières protéiques minérales ou hydrocarbonées. Il est assez rare d'observer une alimentation exclusive, car ces malades prennent du lait en quantité faible, mais suffisante à prolonger cet état.

La peau prend une teinte jaunâtre ou terreuse assez spéciale, le tissu adipeux sous-cutané a fondu, les organes ont diminué de volume, le foie est petit, l'estomac et l'intestin, comme l'a démontré Chassat, perdent $^1/_4$ ou $^1/_3$ de leur poids primitif, n'ont plus la force d'expulser leur contenu et si d'aventure un aliment

d'une digestion un peu plus difficile est ingéré, c'est au prix des plus pénibles efforts qu'il franchit la cavité gastrique. L'intestin se laisse distendre sans réagir et à la palpation de la fosse iliaque droite l'on sent une masse molle analogue à la sensation que produit la palpation de la surface fœtale du placenta lorsqu'une serviette est interposée entre celle-ci et la main.

Cette insuffisance fonctionnelle s'étend encore aux autres grandes fonctions de la circulation et de la respiration. Ces troubles sont ceux-là mêmes que l'on observe chez les neurasthéniques, nous n'avons pas à y revenir.

L'inanitié souffre, c'est la conséquence de sa dénutrition. Ses souffrances sont multiples grâce à cete débilité organique et physique dont nous venons de parler. Il peint ses souffrances des couleurs les plus variées, pittoresques même suivant la fertilité de son imagination. L'inanitié est là, au moindre effort il se fatigue, c'est que la machine manque de combustible, la vie est à demi suspendue. Ces phénomènes affetent autant la vie intellectuelle que la vie de relation, et en présence de tout ce tableau que nous venons d'esquisser, notre malade est inquiet : que lui apportera demain ? Il sait que chaque jour lui apporte de nouvelles épreuves pendant ses longues rêvasseries nocturnes, il prépare ses mauvais lendemains et il s'enlise ainsi lentement, il assiste avec une anxiété indescriptible à sa fin qu'il croit très prochaine

* * *

D'après ce qui précède on voit que l'inanitié ressemble considérablement au neurasthénique : nous croyons toutefois devoir l'en différencier. Les manifestations neurasthéniques relèvent d'une infériorité fonctionnelle qui tient de la constitution ; chez l'inanitié cette infériorité est accidentelle, c'est plutôt une diminution de la vitalité par suite de l'apport insuffisant des éléments nécessaires à la vie de la cellule.

Comment rétablirons-nous l'équilibre vital de l'inanitié ?

Le médecin devra d'abord faire comprendre au malade qu'il s'intéresse à lui. Il doit bien se pénétrer de l'impression que son cas, tout en n'étant pas grave, est un phénomène assez remarquable et surtout ne pas le considérer comme un malade imagi-

naire. Si ces pensées étaient bien ancrées dans l'idée du médecin, nul doute que les guérisons extra-médicales compteraient moins de succès.

Si toutefois ce malade ne veut rien entendre, il ne faut pas perdre un temps précieux à ergoter, à s'éterniser dans des discussions à perte de vue avec un sujet qui est préparé par ses longues méditations aux plus rudes assauts de la thérapeutique suggestive. Il est un terrain que son esprit inquiet n'a pas exploré.

C'est vers cet inconnu que nous essayerons de l'entrainer de façon à impressionner favorablement la mentalité qu'il s'est formée. Ce but s'obtiendra par la suggestion médicamenteuse telle que pratiquée par notre maitre Mathieu et ses élèves. Nous donnerons à ces malades des toniques: phosphore, arsenic, fer, strychnine dont on aura la précaution de vanter les bons effets sur les fibres musculaires lisses, la cellule du foie, la fibre nerveuse, etc., toutes choses, du reste, qu'il ne comprendra pas.

Or, plus et surtout, l'on traitera ces malades par la suralimentation. Au début on leur conseillera un régime d'une digestion facile, mais suffisant, c'est-à-dire pouvant fournir 2500 calories.

Nous leur donnerons e. g.

Lait 3 litres bouilli, refroidi, non sucré, pris en partie sous forme de :

Potages au lait très cuits avec tapioca, vermicelle.

Bouillies de farines d'avoine très cuites, riz au lait cuit pendant deux heures au moins.

Macaronis cuits à l'eau: auxquels ils ajouteront du beurre,

Purée de pommes de terre.

Purée de légumes secs, haricots, pois.

Œufs crus ou peu cuits.

Beurre frais sur du pain grillé avec des pommes de terre en robe de chambre.

Pour ne pas surcharger l'estomac, on conseille 4 à 5 petits repas par jour

Quand ce régime sera bien supporté, on ajoutera un peu de viande de bœuf rôti, sans sauce, au repas du midi, puis au repas du soir et d'une façon progressive on l'acheminera vers l'ali-

mentation ordinaire. L'on aura soin de faire peser le malade toutes les semaines au moins et cela dans un double but : d'abord savoir si le malade mange suffisamment, dans le cas d'augmentation du poids, l'on ne manquera pas de lui faire comprendre que son état s'améliore et qu'avec un peu de persévérance il va guérir

On avertira le malade qu'au début ses malaises vont peut-être augmenter mais qu'il ne devra pas s'en alarmer. On leur prescrira des alcalins comme par exemple.

1° Bicarbonate de soude. ..... 15 grammes
Magnésie calcinée .... 5 grammes

Pour un paquet.

Prendre au moment ou l'on sentira venir la douleur, une demie une cuillerée à thé de cette poudre dans un peu d'eau ou de lait.

Renouveler cete prise au besoin si, au bout de 10 minutes la douleur n'est pas disparue.

Prendre cette poudre en quantité suffisante pour faire disparaître la douleur ; ne jamais prendre plus d'un paquet de poudre i. e. 20 grammes.

2° En cas de diarrhée, cesser l'usage de la poudre précédente et prendre la poudre suivante, dont on usera de la même façon.

Craie préparée .... 20 grammes

Pour un paquet : ne jamais prendre plus d'un paquet par jour.

Il faudra supprimer toutes les causes de surmenage et mettre le malade au repos physique et intellectuel. Les distractions et les voyages effectifs chez les neurasthéniques deviennent dangereux chez les inanitiés. En ce sens qu'étant fatigués ce serait risquer de les ancrer davantage dans leurs mauvaises inclinations.

Il en est de même des agents physiques : électricité et balnéation.

Souvent la médication la mieux dirigée ira se heurter à la mauvaise volonté du malade habitué à cette sorte de mérycisme cérébral caractéristique de leur état et au bout de 8 à 10 jours le

malade reviendra se disant aussi mal qu'au début. Analysant bien chacun des symptômes on compare l'état actuel avec celui du début et l'on finit par faire admettre au malade qu'en somme un pas est fait. Et quand une fois on l'aura convaincu qu'il est sur la voie de guérison, on peut le compter guéri. Nous avons dit qu'il faut éviter toute fatigue aux inanitiés. Le repos a ici une influence complexe que nous ne pouvons que rappeler sans le commenter. Le repos sera d'abord mitigé. On prescrira au malade de faire ses nuits longues, de couper l'avant midi et l'après-midi par une heure ou 2 de repos au lit. Si l'on n'obtient pas de résultat, il ne faudra pas reculer devant le repos absolu et même l'isolement.

L'intestin sera bien surveillé, on ne devra pas toutefois le forcer à remplir sa fonction physiologique à l'aide de purgatifs, il faudra plutôt par une bonne alimentation favoriser l'évacuation des fécès, qui par leur stagnation ajoutent à la dépression.

Si le malade a des ptoses, il faudra lui conseiller le port d'une ceinture hypogastrique. Nous reviendrons du reste sur ces sujets dans quelques temps sous la rubrique de pratique journalière.

O. Leclerc.

DIAGNOSTIC PRECOCE DES TUMEURS BLANCHES

—

L'importance du diagnostic précoce d'une ostéo-arthrite
reuleuse est incontestable: l'application d'un traitement réel-
ent curatif en dépend. Il est regrettable de faire chaque jour,
les consultations d'hôpital et même de la ville, la triste cons-
tion de la lenteur d'un diagnostic, et par suite des désastres
areutiques qui en sont la conséquence funeste.

Considérant la question du diagnostic précoce des tubercu-
articulaires comme une chose capitale pour le médecin et
lade, nous avons cru utile de repasser brièvement les moyens
ues à l'aide desquels on peut reconnaitre ces différentes
'ions dès leur début, alors qu'un traitement d'application
et d'efficacité reconnue est à la portée de tout praticien.

I. *Interrogatoire.*—Il sera précis et serré, afin de ne rien
lre du bénéfice de cette méthode d'investigation qui parfois
seule, suffit pour acquérir une forte présomption. Il faut
ter sur le début de l'affection, lequel est le plus souvent
lieux et obscur, sans caractères bien définis, et qui passera
nent inaperçu, si on n'apporte une attention soutenue à la
erche des premières manifestations du mal en apparence
igeables et peu importantes, parce que minimes et instables.
C'est là que le praticien tombe dans le piège. Des parents
ieux lui montrent un enfant dont la santé générale est bonne,
qui se plaint un peu de faiblesse dans un membre ou d'une
articulaire. Ces troubles n'apparaissent au début qu'après
e du membre, à la suite d'exercices et de courses, de prome-
prolongées, et ils disparaissent pendant le repos. L'enfant
uffre pas, ne ressent aucune douleur, mais le soir, il éprouve
de fatigue que d'habitude, il traine l'aile; parfois il quitte le
our aller se reposer. Cette fatigue n'est pas régulière, et l'in-
ttence qu'elle manifeste peut varier d'une à plusieurs
unes.

A une période un peu plus avancée, l'enfant perd l'adresse de son membre, et si la lésion a pour siège une articulation du membre inférieur, la claudication commence ; puis surviennent les douleurs articulaires qui généralement apparaissent le soir pour disparaître sous l'influence du repos.

En retraçant bien les antécédents héréditaires directs et collatéraux et les antécédents personnels, on peut être amené à découvrir une ou des lésions bacillaires ; il arrive également qu'on apprenne que c'est quelques mois après une rougeole ou une coqueluche que l'enfant a commencé à boiter : tous indices précieux pour qualifier la nature d'une lésion encore mal définie et dont les premières phases se déroulent avec des allures si peu vives qu'elles ne se révèlent qu'à des sens avertis et exercés.

II *Examen.*—L'examen direct représente le second ordre des moyens nécessaires à la justesse du diagnostic. Il faut prendre pour règle de faire déshabiller les malades et d'examiner les membres nus de leur racine à leur extrémité, après les avoir placés symétriquement sur un plan horizontal dûr Se départir de cette règle, c'est s'exposer à une erreur grave dans ses conséquences. Qu'on ne craigne pas d'accorder tout le temps que réclame l'examen pour arriver à la connaissance précise de la vérité.

1° Un premier coup d'œil révèlera quelquefois une différence de volume entre les deux membres et même un commencement de déformation articulaire. L'atrophie des muscles périarticulaires est un fait constant dans les ostéo-arthrites tuberculeuses, mais elle est parfois masquée par un épaississement de la peau qui l'accompagne. On se rend facilement compte de cet épaississement en pinçant la peau de chaque membre, et si le pli cutané est sensiblement plus épais du côté suspect que de l'autre, il y a atrophie, dit Calot. La palpation comparée des membres nous renseigne sur l'atrophie des muscles, car ceux-ci pris à pleine main sont plus fermes et plus consistants du côté sain que du côté malade. La mensuration comparative de la circonférence des membres indiquera le degré d'atrophie.

2° On passe à l'exploration de la mobilité de l'articulation en demandant au malade d'exécuter lui-même les plus larges mouvements de la jointure en commençant par la jointure saine;

on se rapporte à la jointure supposée malade, et, si le champ mouvements est moins étendu, on a obtenu un nouveau ren nement qui ne manque pas d'importance et sera complété par de des mouvements communiqués ou passifs. Après avoir constaté l'étendue des mouvements des deux côtés, n'ayons peur de recommencer cet examen comparatif, jusqu'à ce qu'on apprécier exactement ce qui est perdu, c'est-à-dire le degré ontracture musculaire qui empêche ou diminue les mouve-

3° L'examen des parties constituantes de l'articulation fera et d'une attention particulière, se reportant tour à tour sur la iale, son contenu et les épiphyses de chaque os. Là où la sy- ale est accessible, recherchez d'abord si elle n'est pas modifiée dans son relief, soit dans sa consistance et dans son épaisseur. modifications apparaissent au niveau des replis et des culs-de- se manifestent par un effacement des méplats, des creux, et l'existence d'un épaississement sous-jacent.

Au niveau des culs-de-sacs synoviaux, il ne sera pas malaisé connaître la présence d'un liquide ou de fongosités, et cet en pour le genou sera rendu encore plus facile par la re- che du choc rotulien.

Le degré de sensibilité des épiphyses osseuses s'apprécie le pouce ou l'index en exerçant une pression égale sur toutes rfaces accessibles et en comparant à chaque instant les degrés actions accusées par l'enfant. Il ne faut pas trop se fier aux ses des enfants qui se montrent tantôt braves, tantôt timorés. il importe de bien observer leur mimique. Il n'importe pas de recommencer cet examen aussi souvent que cela paraîtra de comparer attentivement les deux membres et de répéter loration cinq, huit et dix fois pour qu'il ne reste plus aucun , et que l'on puisse établir que la pression en tel point réveille ouleur constante. Cette manière d'agir permettra même certains cas de découvrir le foyer initial de l'ostéite, le point part de la maladie et de l'infection synoviale.

Aux symptômes précédents il faut encore joindre un auquel on ne saurait attacher trop d'importance pour le stic de début : l'existence d'une tumeur ganglionnaire dans sinage d'une articulation. Aussi bien des coxalgies sont-

elles presque toujours accompagnées d'une masse ganglionnaire dans la fosse iliaque correspondante

5° Un certain nombre d'autres moyens s'offrent encore au praticien des villes; mais de ceux-là, les uns quelquefois utiles sont d'un usage trop onéreux, les autres d'ordinaire ne donnent pas assez satisfaction. Nous voulons parler de la radiographie, du cytodiagnostic et des réactions à la tuberculine soit par injection hypodermique, soit par instillation sur la conjonctive oculaire, soit par inoculation intra dermique (cuti-réaction)?

La radiographie ne permet pas de rien apercevoir des lésions de la synoviale ou des lésions osseuses à leur début; il faut excepter toutefois certaines formes de coxalgies à lésions osseuses primitives siégeant fréquemment sur un des bords du col fémoral ou de la tête fémorale ou le rebord cotyloïdien

Si le cytodiagnostic est possible par l'examen du liquide tiré de la jointure, on obtiendra des présomptions en faveur de la tuberculose du fait de la présence des lymphocytes, mais ce procédé n'est pas à la portée de tous, et il est trop fréquemment infidèle pour le devenir

L'injection hypodermique de tuberculine, l'ophtalmo-réaction de Calmette et la cuti-réaction, ici comme dans les autres formes de tuberculoses, ne peuvent donner de résultats constants et offrent parfois de réels dangers

III *Diagnostic différentiel.*- Dans un grand nombre de cas les symptômes cliniques que nous venons d'énumérer ... complet et nous permettent d'établir un diagnostic à peu près certain, mais il arrive souvent qu'ils ne sont pas de perception aussi facile, et il faudra alors passer en revue les lésions susceptibles d'être confondues, puis procéder par élimination

Certaines périarthrites semblent parfois offrir les apparences d'une lésion articulaire, mais un peu d'attention permettra aisément, dans la plupart des cas de les différencier La périarthrite la plus commune, que Duplay a décrite il y a quelques années, est celle de l'épaule, et ses caractères sont bien définis. Rarement elle s'accompagne de douleurs spontanées si fréquentes dans l'arthrite bacillaire; les douleurs provoquées par la pression sont localisées dans l'arthrite aux points accessibles de la jointure, tandis que ces points sont tout à fait indolents dans la périarthrite. Dans

ous les insertions humérales d... ... ne il existe des différences ... l'une ... autre lésion au point de vue des douleurs p... par les mouvements; dans l'arthrite, tous les mouvements douloureux; dans la périarthrite ces mêmes mouvements nt se faire sans la moindre douleur jusqu'à une certaine toujours constante, la douleur ne commençant à se mani- qu'au-delà de cette limite

...s douleurs vagues dites de croissance ou de fatigue qui luisent parfois après une journée de marche ou de labeur ...e disparaissent naturellement par le repos et ne sont jamais pagnées de douleur à la pression osseuse ni de limitation ...ouvements, etc. Il faudra tout de même se méfier d'une ...ur de croissance qui persiste ou réapparait souvent : elle ...lans bien des cas, être le début d'une ostéoarthrite.

L'entorse, qui est si fréquente, n'est caractérisée ni par des ...s fongueux, ni par l'épaississement de la synoviale. La re- ...he des points douloureux tranchera la difficulté et permettra ...tinguer la douleur ligamentaire d'avec la douleur osseuse. ...phie musculaire et l'épaississement de la peau sont l'apa- ...des arthrites bacillaires. Il faut bien avoir en mémoire l'entorse et le traumatisme conduisent souvent à la tuber- ... et en sont chez les porteurs du bacille, sinon la cause, du ...s l'occasion, de même qu'il importe de remarquer que la ...ulose donne lieu aux entorses chez ceux dont le membre est ...lepuis quelque temps légèrement atteint par la maladie.

Les rhumatismes mono-articulaires sont des raretés, et lors- ...r hasard des antécédents rhumatismaux forcent le praticien ...tuer un traitement médical, il lui faudra avoir le courage ...unger ce diagnostic si l'affection s'est montrée réfractaire ...oins donnés et se prolonge. Notre expérience, encore peu ...e il est vrai, nous a pourtant démontré sur ce point, de ...ombreuses erreurs, d'où découlent les plus fâcheuses consé- ...s thérapeutiques.

...e rhumatisme tuberculeux de Poncet a été l'objet de nom- ... discussions en ces derniers temps. Nous accepterons les ...s du maître de Lyon lorsqu'elles auront conquis un plus ...nombre d'adeptes.

L'*arthrite gonococcique* sous ses trois formes, c'est-à-dire arthralgique, [illegible]reuse et suppurée, est souvent prise pour de la tuberculose. L'hydarthrose blennorrhagique du genou est la manifestation articulaire la plus fréquente de l'infection par le gonocoque. L'arthrite blennorrhogique s'accompagne de douleurs [illegible] et les plus violentes qu'on rencontre dans les arthrites, [illegible] est d'une lenteur désespérante et ses tendances à l'ankylose considérables. Un examen attentif des organes génitaux décelera un écoulement uréthral chez l'homme et un écoulement vaginal chez la femme.

L'*hydarthrose essentielle* idiopathique, contestée aujourd'hui par de nombreux cliniciens, conserve encore des adeptes qui [illegible] la reconnaissent par l'examen local en l'absence de [illegible] des [illegible] osseuses, etc. Il faut réserver le [illegible]

Les *arthropathies syphilitiques* sont caractérisées par un [illegible] distend la synoviale, ou par des [illegible] gommeuses qui se déposent sur l'os ou dans les tissus [illegible]eux. La première forme se rapproche de l'hydarthrose simple et ne rappelle en rien les altérations de l'arthrite tuberculeuse, la seconde forme [illegible] parfois sous la dénomination de tumeur blanche [illegible] diffère de la [illegible] blanche vraie [illegible] par l'absence [illegible] dans la [illegible] la coexistence d'accidents syphilitiques [illegible]

L'[illegible] a-articulaire [illegible] respecte généralement l'a[illegible] de [illegible] douleurs intenses non [illegible] Ses caractères macroscopiques si bien marqués dans bon nombre de cas permettent de le reconnaître sans grande cause d'erreur.

[illegible] débuts à grands fracas, à phénomènes généraux graves, presque typhiques, sont le propre des *ostéomyélites aiguës*.

Les *arthropathies chez les hémophiles*, fréquentes parmi les Anglo-Saxons, sont assez rares dans nos contrées pour qu'on soit dispensé d'en faire une recherche spéciale. En tout cas l'absence de caractères particuliers excuserait une erreur de diagnostic.

Les *hydarthroses tabétiques* sont faciles à diagnostiquer. Elles débutent froidement et brusquement par une tuméfaction

générale du membre. Trois signes caractérisent ces lésions: [illegible]uements articulaires, déformation complète de l'articulation [illegible]ouvements anormaux qu'on peut faire subir à la jointure [illegible] la moindre douleur et qui peuvent aller jusqu'à la disloca-[illegible] (jambe de polichinelle).

Dr Achille Paquet.

LA RAGE AU CANADA

Par le docteur ADRIEN LOIR

La rage existe-t-elle au Canada ? C'est là une question fort discutée. Lorsque je suis arrivé au Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Trois-Rivières, en juin 1906, on m'a dit que cette maladie était inconnue et je n'ai pas lu la communication que j'avais préparée sur le bateau, en lisant dans un journal des Etats-Unis que, dans ce pays, on mettait encore en question la valeur de la méthode anti-rabique de Pasteur. Depuis cette époque, je me suis procuré tous les documents possibles sur la rage aux Etats-Unis et au Canada. En effet ces deux pays voisins doivent s'influencer l'un l'autre au point de vue des épidémies comme au point de vue des épizooties, car la ligne qui les sépare est toute conventionnelle. Mais ce n'est pas parceque l'on trouve la rage en un point d'un pays que cette maladie doit se propager forcément à tout le reste de la région. Cela peut se produire, seulement il faut des conditions spéciales qui ne sont pas toujours remplies, mais peuvent l'être à un moment quelconque.

D'un autre côté, la présence de la rage est-elle toujours reconnue lorsqu'elle existe dans un pays ?

Loin de là, longtemps son existence a été niée à Constantinople, on donnait même la raison pour laquelle les chiens de cette ville ne peuvent pas avoir la maladie. Sa présence a été niée dans beaucoup de villes d'Orient, où elle se montre cependant.

Lorsque la rage existe dans un pays, elle n'y est pas toujours reconnue, par conséquent, et on ne s'aperçoit de sa présence que le jour où une épidémie violente survient, sous une influence quelconque. C'est ainsi que j'ai dû aller précipitamment en 1902, en Rhodésie, dans l'Afrique du Sud, où j'ai été envoyé par mes maîtres de l'Institut Pasteur de Paris, à la requête de la British South African Co., dont Lord Grey, gouverneur général du Canada était alors administrateur

La rage avait été importée à Port Elizabeth, dans la Colo-
. du Cap, en 1892, par un chien venu d'Angleterre ; une épidémie
rvint et, pendant l'année 1892-1893, il y eut cent-soixante
ens atteints de rage, puis, à la suite de la prise de mesures de
lice sanitaire très sévères, le foyer semblait éteint et dans tous
documents publiés à cette époque sur l'Afrique du sud vous
avez que la rage est inconnue. Une épidémie très considérable
vint en 1902 en Rhodésie, elle devait couver depuis longtemps,
lorsque j'arrivai dans le pays, il y avait de nombreux cas de
., sur les animaux domestiques et sauvages ainsi que sur
omme.

Il faut donc toujours se défier d'une épidémie qui a été
ere et parait éteinte, on ne prend plus de précautions et le feu
couve se rallume un jour, on ne sait souvent pourquoi.

Pour que la rage existe dans un pays, il faut qu'elle y ait
importée, car un cas de rage n'est jamais spontané, c'est pour
a que, lorsqu'on se trouve devant un cas de rage, il faut tou-
rs rechercher les commémoratifs du cas. Je ne puis mieux
re pour fixer les idées à ce sujet, que de vous lire une lettre
m'a été écrite par Pasteur, alors que j'étais directeur de
stitut Pasteur en Australie On discutait dans cette grande
où la rage n'existe pas, l'utilité du maintien des quarantaines
six mois imposées à tous les chiens importés, le ministre de
griculture m'avait fait l'honneur de me demander mon avis
avais répondu par une lettre que j'avais ensuite soumise à
teur.

Voici son avis sur ma réponse et si je la cite, c'est qu'il
lique bien que la rage n'est jamais spontanée dans un pays.

Paris, 15 juin 1891.

" Mon cher Loir,

Tu me demandes ce que je pense de ta réponse du 5 avril
ier au Ministre de l'Agriculture, l'honorable Sydney-Smith,
ujet de la possibilité de l'introduction de la rage en Austra-
Tu as parfaitement raison de dire que dans les conditions
entes du voyage en Australie et avec les quarantaines actu-
. il est pratiquement et scientifiquement probable que l'Aus-

tralie continuera à jouir de son immunité pour cette maladie. Quoiqu'on puisse trouver le contraire dans de vieilles publications, il est certain que la rage n'est jamais spontanée chez les animaux. Les chiens peuvent être placés dans les conditions les plus contraires à leur genre de vie, froid, chaleur, nourriture aucun ne deviendra hydrophobe.

" La rage, en dernière analyse, est toujours le résultat de la morsure d'un chien enragé. Il serait oiseux de discuter la question de savoir d'où vient le premier animal affecté : la science est incapable de résoudre la question de l'origine et de la fin des choses. Il est très probable, comme tu le dis dans ta lettre au Ministre, qu'un chien partant d'Europe après avoir été mordu par un animal enragé, mourra pendant le voyage ou pendant la quarantaine qui lui est imposée en arrivant en Australie ; ainsi le veut la période d'incubation. Cette règle n'est pourtant pas absolue ; la science signale des périodes d'incubation de la rage d'une année, même de deux ans et quelques mois, mais ce sont là des exceptions très extraordinaires. Je crois même que nous n'avons aucune preuve certaine à ce sujet pour la race canine : on peut en citer peut être un ou deux exemples dans la race humaine

" L. PASTEUR

Nous pouvons ajouter qu'après discussion au Parlement les quarantaines de six mois pour les chiens ont été maintenues et considérées comme nécessaires.

Dans la province de Québec, il est donc admis que la rage n'existe pas, cependant de temps en temps on trouve des cas de rage qui semblent isolés et en étudiant l'histoire de ces animaux on ne retrouve pas de morsures dans les antécédants. Aux Etats-Unis la rage existe, il y a des Instituts Antirabiques à New-York, à Ann Arbor. Pourtant la rage semble présenter des particularités du même genre.

En Août 1906, j'ai assisté au Congrès de l'association des vétérinaires Américains qui se tenait à New-Haven, on m'a demandé de faire une conférence sur la rage, à la suite de laquelle une longue série de questions me furent posées, voici le compte rendu sténographique d'une partie de la discussion qu'a suivi cette communication

Dr Harger.—Souvent nous rencontrons la rage sous la forme ...ootique. J'ai vu cinq à six cas provenant d'un seul cas, ...is il n'y a plus un seul cas pendant des mois. Un homm... ...ne son chien qui présente des symptômes de la maladie ...s lui posez toutes les questions, s'il a été avec d'autres chiens, ...a été se promener seul, et souvent l'homme jure que son chien ...ujours été avec lui, qu'il n'est jamais sorti et malgré cela le ...n meurt avec tous les symptômes de la rage typique, et lorsque ...erveau est examiné le diagnostic est confirmé par l'expérimen-...on.

Souvent ces assurances sont données par des propriétaires ...hiens qui sont des gens honorables dont on ne peut douter et ...ssurent que leur chien n'a jamais été mordu et cependant la ... est là. N'existe-t-il pas ... autre mode de contagion que ... ne connaissons pas. Je me pose souvent la question.

Dr Loir.—Connaissez-vous des cas comme ceux ci, dans ...els la rage a été prouvée expérimentalement, moi je n'en ...ais pas.

Dr Harger.—Je veux parler de cas dans lesquels l'examen ...rveau a été fait et la rage prouvée par l'expérimentation.

Dr Loir.—Je ne connais pas de cas de ce genre. Je ne sais ... que vous avez aux Etats-Unis, mais j'ai vu un cas sem-... au Canada. Seulement l'examen du cerveau n'a pas été ... par conséquent la rage n'est pas prouvée. On ne trouve ... morsures dans les commémoratifs et le cas semble bien ... la rage, l'homme mordu par ce chien suspect a été envoyé ...titut antirabique de New-York. Dans un cas semblable, il ...ut toujours mettre le bulbe dans un flacon contenant de la ...ne et l'envoyer à un laboratoire pour permettre de faire des ...tions de contrôle.

Voici une autre observation qui vient de m'être envoyée par ... Hendren, 181 Laurel Av. Arlington N. J., Etats-Unis.

Dr A. Loir, Ottawa.

Docteur,

...ici le rapport clinique du cas particulier dont je vous ai ... New-Haven et que j'avais promis de vous envoyer.

Le 15 juin 1906, je suis appelé pour voir un bull-terrier agé de deux ans. L'animal est très excité, il a une expression sauvage dans les yeux. Il ne peut rester en repos, le pharynx est paralysé et il a une paralysie partielle des massetères, la bouche est toujours partiellement ouverte, il est incapable de la fermer. Il a soif, il happe l'eau avec avidité, mais sans réduire la quantité d'eau dans le plat dans lequel il boit.

16 juin. — L'excitation n'existe presque plus, mais la paralysie s'étend aux extrémités des jambes de devant de sorte que l'animal tombe lorsqu'il cherche à se lever.

17 juin. — Plus d'excitation, dépression. Paralysie totale des pattes de devant, l'animal lorsqu'il se tient sur ses jambes de derrière, est sur son sternum avec ses jambes de devant repliées sous lui le long de l'abdomen.

18 juin. — Tous les muscles du corps sont paralysés, la paralysie semble totale. Il avait sa connaissance car ses yeux remuent lorsqu'on lui parle, mais il ne peut plus ni remuer la queue, ni lever les oreilles. Il est très déprimé. On le tue, mais le propriétaire ne permet pas l'autopsie.

Diagnostic : Rage ? Si non, quel est-il ?

Dans les commémoratifs, pas de morsure.

J'espère que ce rapport pourra vous aider un peu à découvrir le mystère de ces cas que nous croyons souvent être de la rage.

Votre

Signé : S. G. HENDREE

Il y a là un point obscur à élucider aux Etats-Unis. A Québec donc on parle de la rage de temps en temps, il y a, semble-t-il des cas isolés.

M. le docteur Ahern, professeur à l'Université Laval de Québec, me montrait dernièrement dans la cathédrale anglicane de Québec le tombeau du duc de Richemond, gouverneur du Canada, mort de la rage le 18 août 1818.

M. Duchêne, vétérinaire à Québec, n'a jamais vu de cas de rage, mais en entend parler de temps en temps dans la campagne.

M. Couture, vétérinaire à Québec, est du même avis.

M. Gingras, vétérinaire à Lévis (Québec), assure qu'il a vu,

a cinq ans, un cas véritable de rage. Le chien dont il s'agit .t la voix rabique et se précipitait sur tous les objets pour les ·dre

J'ai été moi-même à Québec, en août dernier, pour faire enquête au sujet d'un cas supposé de rage survenu dans cette · à la fin du mois de juin. Un homme de v · t cinq ans ·ron, M. V... avait été envoyé au commencement de juillet, MM. Gosselin et le professeur Ahern de Québec, à l'Institut-teur de New-York, pour y subir un traitement antirabique. .ait été mordu par son chien. Cet animal était âgé de quatre . il vivait dans le magasin de son maître et on n'a jamais arqué qu'il ait été mordu.

Dans la lettre ci-jointe, M. V... donne l'observation de son L'animal, pendant ses accès, a été vu par M. Vincent de ıport qui me dit que ce chien avait les mêmes symptômes ın autre animal tué devant lui par un vétérinaire, dix ans au-ant, avec le diagnostic de rage.

M. le professeur Ahern n'a jamais vu lui-même de cas de au pays, mais il entend parler, de temps en temps, d'un cas ette maladie dans la province. M. le Dr Gosselin croit à stence de la rage dans la province de Québec. Avec MM rn et Gosselin, je trouve le cas de M. *V...* douteux, et, si is été consulté, j'aurais, moi aussi, envoyé M. V... à New-·k subir le traitement préventif. Voici la lettre:

Québec, 7 août 1906.

M. A. Loir.—En réponse à votre lettre que j'ai reçu le 6, ·lisant que je vous ferais plaisir en vous donnant des détails non cas. Voici: je suis parti de chez moi avec mon chien · juillet, pour aller à Beauport, qui se trouve à un mille et de chez moi. Ce chien n'avait pas mangé, ni bu, il faisait ·haud. Tout à coup, comme j'arrivais là-bas, il part en ·nt et en japant, la bave à la gueule, je suis venu à bout de ·oigner et je l'ai attaché. Il cherchait à mordre partout, je ıis mis à l'abri de sa gueule, mais il m'a mordu au moment · répondais à des hommes qui me disaient qu'il était enragé. 'a mordu le deuxième doigt de la main droite.. J'ai voulu le

faire boire, ce qui a été impossible, il jappait et lorsqu'il vint au bord de l'eau c'était comme si l'autre partie du corps avait été morte. Je l'ai sorti et il a continué la même chose à mordre partout. Je l'ai attaché à un arbre puis on m'a engagé à le tuer et je l'ai assommé avec une [illegible] fer.

A mon retour j'ai [illegible] r le Dr Gosselin qui m'a brûlé avec un fer rouge et un aci[illegible] fumant, environ trois heures et demi après la morsure.

Les Drs Gosselin et Ahern m'ont conseillé d'aller à New-York. J'ai passé dix-huit jours en traitement à New-York, et je suis toujours en bonne santé comme autrefois.

Signé: V.... Québec.

Le cadavre a été détruit sans autopsie.

J'ai fait aussi une enquête sur un autre cas suspect.

Voici l'histoire de ce cas:

Un chien danois de sept mois venant de Montréal sud et qui est à Lévis (Québec), depuis quatre mois, est entré chez M G., s'est mis dans un coin après avoir parcouru le magasin comme un fou, puis a été repris d'un nouvel accès, s'est précipité dans l'arrière-boutique et toujours courant est sorti dans la rue. Il s'est alors précipité dans le magasin de M. M .. qu'il a traversé et, après en être sorti, il s'est réfugié dans la ca[illegible]e de M. Louis P... où il a été tué d'un coup de fusil.

Ce chien était doux d'ordinaire et n'avait jamais eu d'attaque d'aucune sorte.

Il n'a mordu personne pendant ses accès.

Il n'aurait jamais été mordu et a toujours été surveillé. Le cadavre a été détruit sans autopsie.

Tout autour du Canada la rage existerait.

Aux Etats-Unis elle est endémique partout, avons-nous dit.

Au nord du Dominion on en a signalé des cas, paraît-il sur les chiens des Esquimaux.

Voyons ce qui se passe dans l'Ouest du Canada.

Voici ce que je trouve dans le rapport, pour 1905, du Dr. J.-G. Rutherford, vétérinaire, Directeur Général de la santé des animaux du Dominion du Canada:

Ce rapport est daté: Ottawa, 31 mars 1908.

RAGE.—Une épidémie de rage a été constatée en mars 1905, . North Portal (Assa), la maladie a été importée du Dakota du rd, où elle existe depuis plusieurs années. En général, il faut cepter avec circonspection les rapports qui constatent l'existence la rage, mais dans ce cas, il semble certain que deux animaux sont morts, quoique le diagnostic n'ait pas été fait expérimen- ment. Les animaux suspects, ainsi qu'un grand nombre de ens errants ont été tués, tandis que les autres chiens de la con- ont tous été muselés.

Aucun autre cas ne s'est manifesté dans le district jusqu'au s de juillet, lorsqu'une nouvelle épidémie a été signalée à bow. Dans ce cas, un chien fut détruit par notre inspecteur nze autres furent tués par les propriétaires. Une ordon- e du département fut envoyée au commissaire de la R. N. M. Police à Régina, en lui laissant la latitude de la mettre action, mais il ne crut pas nécessaire de l'appliquer.

Depuis cette époque plusieurs rapports ont été reçus de la ne région et de ses environs et de nombreuses contrées sont ntenant en quarantaine. La persistance de ces cas est très iétante, et je pense qu'il y a peu de doute que ces cas doivent attribués à la rage. Quoique heureusement peu de dommages été occasionnés jusqu'à présent, cette condition des choses peu agréable. Des instructions ont été données pour envoyer produits nécessaires à l'inspection dans les cas douteux, de n à ce que, grâce au diagnostic expérimental, on puisse se re compte avec sûreté de la nature de la maladie.

Une certaine anxiété a été ocasionnée à London, Ont., par arition de la rage au mois de juin. Un petit chien avait lu un enfant et l'enfant et le chien furent amenés de suite w-York, le département fut donc dans l'impossibilité de le diagnostic.

Pour arrêter toute épidémie possible, deux inspecteurs envoyés pour assister les autorités de la ville et le conseil aire local. De nombreux chiens furent examinés, plusieurs nt mordu des êtres humains et furent mis en quarantaine 'à ce jour, aucun cas de rage ne s'est déclaré, ce qui est ant car le premier chien a été reconnu enragé sans aucun

loute, à la suite de l'examen fait par l'Institut Pasteur de New York.

La chose la plus étrange constatée par les inspecteurs du département à London, a été la constatation qu'un grand nombre de personnes ont été mordues par des chiens pendant une très courte période. Beaucoup de nos cités du Canada sont simplement envahies par des chiens errants sans utilité, qui en ce moment constituent déjà un désagrément considérable pour les habitants, et qui, en cas d'une épidémie de rage, seraient un grand danger pour la santé publique. En songeant à cette possibilité, je pense qu'il faudrait employer les moyens nécessaires pour faire comprendre aux autorités municipales l'utilité d'accroître la taxe sur les chiens.

Comme il n'existait pas de règlements au sujet de la rage un ordre en conseil fut publié le 10 août 1905.

Le Dr. Brice, ancien président du Conseil de santé de l'Ontario, vient de me dire qu'il y a quatre ans, des cas de rage se sont produits à London, Ontario, que les inoculations ont été faites avec le cerveau d'un chien et que le résultat a été positif. La rage existait donc à cette époque dans la province d'Ontario.

Le Dr. Bell, professeur de l'Ecole de Médecine de Winnipeg, bactériologiste de la province du Manitoba a été au commencement de l'année 1905, subir le traitement antirabique à l'Institut du Dr F.-J. Novi de l'Université de Michigan à Ann Arbor.

Il avait été infecté par un chien importé des Etats-Unis et pris de rage dans la Saskatchewan. Le bulbe rachidien de ce chien inoculé à un lapin fit mourir cet animal de la rage après vingt et un jours d'incubation.

On cite des cas de rage dans la campagne de différents côtés et plusieurs individus vont chaque année se faire traiter de la rage dans les Instituts Pasteur des Etats-Unis, soit à New-York, soit à Chicago, soit à l'Université de l'Etat de Michigan. A Chicago, où je passais l'autre jour, la dernière statistique publiée donne six personnes venues se faire traiter de la rage ayant été mordues au Canada.

Voici maintenant l'observation d'un homme mort le 1er janvier 1905, et que je prie les cliniciens présents de vouloir bien écouter et discuter au besoin.

Je dois l'observation suivante au Dr Higgins d'Ottawa.

OBSERVATIONS DE RAGE SUR UN HOMME

…incial Royal Jubilee Hosptal,

Victoria, B. C., 20 janvier 1905.

Dr Higgins, Ottawa.

…r Monsieur,

Je vous demande pardon de ne vous avoir pas répondu plus … votre lettre du 5, mais je voulais vous envoyer un rapport …let du cas en question. Je regrette que les amis du mort …t pas permis de faire une autopsie. Voici l'histoire telle …je puis la reconstituer d'après mes notes prises au moment. …ère que cela pourra vous être utile.

J'ai vu un autre cas de rage en Angleterre lorsque j'étais …ant et, sous beaucoup de rapports ce cas lui ressemblait

Votre

Edward HASELL, m. r. c. s. Esq

ANTECEDENTS

Il y a trois mois, le malade âgé de quarante à cinquante ans, … mordu par un loup qui s'était sauvé étant enchaîné. Ce loup … apprivoisé et était enchaîné à la station de police de white-…se dans le Yukon.

L'homme et sa femme étaient au lit, ils entendirent leur …t chien faire beaucoup de bruit derrière la maison. L'homme …rit la porte et vint sur le porche, et fut tout à coup attaqué. … doigts d'une main furent mordus et la paume de l'autre …rdue en trois endroits.

Les morsures furent cautérisées et pansées tous les deux …rs jusqu'à guérison. Au moment de l'entrée à l'hôpital, une …e morsure à la paume de la main présentait des signes d'in-…mation.

Il y a environ huit semaines, il vint à Victoria où il habitait, …uvait se servir un peu de sa main et semblait bien physi-

quement, cependant il songeait beaucoup à sa morsure et craignait la rage, il devint morose et se mit à boire. Il ne buvait pas avant cette époque, il était un bon et honnête travailleur, comme charpentier

HISTOIRE DES ATTAQUES

Trois jours avant son admission, il devint nerveux et se plaignit de beaucoup de fourmillement dans les mains, il se plaignait aussi de l'impossibilité où il était de diriger les mouvements de ses mains et il avait des insomnies. Le matin du jour qui précéda l'admission, il eut de grandes difficutés à avaler. Un médecin fut demandé pour venir le voir

CONDITION AU MOMENT DE L'ADMISSION

Le malade entre dans le service du Dr Frank Hall, dans une chambre privée de l'hôpital, il était accompagné par sa femme. il était entré à huit ou neuf heures du soir le samedi soir, 31 décembre 1904. Il était très nerveux, sa face était œdematiée et très rouge, ses yeux injectés et ses pupilles très dilatées. Il avait toute sa lucidité d'esprit et apparemment, toute sa raison, parlant et répondant aux questions pendant les intervalles de ses crises. Il avait du hoquet, crachait constamment et paraissait suffoquer. Un bruit soudain, un mouvement brusque ou un simple attouchement provoquait un spasme qui semblait surtout atteindre les muscles du cou et de la gorge. Il suppliait qu'on ne le laissât pas seul, semblait se calmer lorsqu'on lui disait qu'il allait avoir une garde-malade spéciale. Il demandait aussi à ce qu'on lui donnât quelque chose pour le faire dormir car, disait-il, il n'avait pas dormi depuis trois nuits. Deux fois, il eut, au moment d'un spasme très violent, une contraction spasmodique de la jambe droite. De temps en temps, en cherchant à rejeter la salive et le mucus qu'il avait dans la gorge, il vomit un peu d'un liquide clair. Son pouls était très rapide, faible et compressible, il montait à 120. Il avait les extrémités très froides et bleues et la peau baignée avec une transpiration froide. En essayant de prendre sa température sous l'aisselle ou dans le rectum, on produisit des spasmes si violents qu'il fut impossible d'y arriver

On le mit au lit avec des bouteilles d'eau chaude autour de lui, on lui fit prendre du lait par le tube stomacal car il se plaignait d'une grande soif depuis vingt-quatre heures; avant son arrivée à l'hôpital on l'alimentait de cette façon. Il donnait l'impression d'une personne sous l'influence d'une grande terreur et de temps en temps, il ne voulait conserver auprès de lui que sa femme. Pendant ses accès, il pleurait et couvrait le lit de crachats cherchant à dégager sa gorge qui le gênait. Il semblait conscient de sa situation et demandait pardon constamment, faisant de grands efforts pour se contrôler. A 9 heures du soir, après une grande résistance de sa part on lui fit une injection de morphine, une heure après on lui donna encore du bromure de potassium et du chloral par le tube stomacal. Tout ceci sans aucun effet sur les spasmes ou les autres symptômes: il continue à manquer de respiration et à cracher constamment. A 11 heures, après un spasme il dvient moins lucide et, dans l'intervalle des accès de délire, il est difficile de lui faire compredure ce que l'on désire, puis il commence à parler constamment et sans intelligence. A minuit, on lui donne une seconde dose de bromure et de chloral par le rectum.

Le pouls, depuis huit heures du soir était graduellement devenu plus faible, les contractions et les mouvements du corps sont plus lents, les yeux roulent dans l'orbite, il a le hoquet, mais il ne peut plus cracher. Il essaie de parler. A minuit trente, le cœur est faible, on lui donne du brandy et une dose de strophantus mais sans résultat apparent, à minuit trente-cinq il a un très violent spasme et le cœur cesse de battre.

La température prise à ce moment est de 104-4.

Les points d'intérêt dans ce cas sont:

La morsure a été faite par un loup. Osler dit que 40 p. 100 des personnes mordues par des loups ont l'hydrophobie.

La longue période qui s'étend entre la morsure et les symptômes. Près de trois mois.

La difficulté d'avaler ne commençant que deux jours avant la mort.

La presque complète absence de convulsions générales et de délire aigu.

L'arrivée rapide de la faiblesse du cœur.

Je regrette de n'av[illegible] pas pu faire l'autopsie et aussi [illegible] [illegible] pu observer le [illegible] que pendant trois heures et [illegible] [illegible] heures.

Signé : E. HASELL.

Je crois que le diagnostic de rage s'impose après la lectu[illegible] [illegible] [illegible]ervation.

[illegible] Hasell fait suivre son observation très intéressante [illegible] [illegible]dérations que l'on peut discuter.

[illegible] de la longue période d'incubation de ce cas, la ra[illegible] [illegible] après la morsure, mais cette période n'est p[illegible] [illegible] arrive, en géné[illegible] de deux à trois mois après la morsure, rarement avant ce ter[illegible] [illegible]

[illegible] [illegible]ulté d'avaler n'existe pas dans toutes les observa[illegible]tions d[illegible] rage ; ici elle commence deux jours avant la mort, [illegible] chose [illegible] paraît pas étonn[illegible]

[illegible] de l'absence de c[illegible]nvulsions générales, et d[illegible] délire aigu. J'ai vu, en ma qualité de préparateur de Pasteur, [illegible] des enragés morts de la rage à Paris et aux environs de [illegible] à 1888, et ils ont été nombreux, car à partir de 1885, on [illegible] de tous les points du monde mourir de la rage à Paris beaucoup de personnes arrivant trop tard pour être traitées avec utilité. [illegible] [illegible]mptômes de délire aigu et de convulsions générales [illegible] [illegible]es, rarement nous avons été obligés de mettre la camisole [illegible] force à ces malades.

Enfin j'ai vu [illegible] mourir aussi du cœur et [illegible] d'un coup. Je trou[illegible] que cette observation est vérit[illegible]blement une observation [illegible]

La rage donc existe dans la partie oue[illegible] du Canada. Il [illegible] [illegible] être des cas isolés dans la province de Qué[illegible], mais il a [illegible] impossible de le prouver d'une façon abs[illegible] jusqu'à ce jo[illegible] Seulement, il faut se souvenir que les rapports entre l'Oue[illegible] et l'Est sont fréquents et qu'un jour ou l'autre [illegible] pourr[illegible] se développer dans l'Est une épidémie de rage [illegible] elle [illegible] sera pas spontanée, car elle pourra venir soit de l'Ouest, soit des Etats-Unis.

NOUVEAU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR UNE DIÈTE SPÉCIALE ET DES INJECTIONS, AVEC LE RAPPORT DE CENT TRENTE-HUIT CAS GUÉRIS SANS INTERRUPTION PENDANT LES DIX DERNIÈRES ANNÉES

F. J. W. McGUIRE, B. S., M. D., Détroit

J'apporte ce nouveau traitement de la fièvre typhoïde dans ...poir d'établir que la mortalité de cette maladie peut être ...issée de beaucoup. Mon attention a été attirée sur ce point ... mon entrée dans la profession médicale. Lors de ma nomi...on au poste de chirurgien dans la U. S. Marine Hospital Service, j'ai eu l'occasion de voir et d'étudier des malades de ...tte catégorie, car il y avait toujours dix ou quinze cas de fièvre ...phoïde dans nos lits. Et c'est aussi dans l'hôpital que j'ai pu ... rendre compte des désavantages de l'alimentation par le lait. A l'occasion de nombreuses autopsies que j'ai faites j'ai trouvé ...ans l'intestin des caillots de lait durs formant des amas considé...bles, dans un cas même un long caillot résistant avait perforé ...ntestin et l'on pouvait trouver de petits morceaux semblables ... la cavité abdominale. Au début je n'attachais guère d'impor...nce à ceci car je croyais avoir affaire à une simple coïncidence, ...s dans la suite j'ai pu me rendre compte que les mêmes con...ons se rencontraient souvent. J'ai dû me rendre à l'évidence ... souvent ces caillots en passant sur les surfaces dépolies de l'in...in pouvaient augmenter l'inflammation et par l'augmentation ...a pression des gaz dus à la fermentation, distendre les parois ...lades et ainsi amener la perforation et les hémorrhagies qui ... suivent ou la précèdent. Après mon départ du service de la ...arine j'ai continué à m'occuper de la fièvre typhoïde; pendant ... première année de pratique deux malades sur cinq meurent de ...te affection. D'où je conclus alors que la continuation de la ...thode des classiques amènerait des désastres. Ceci devait

m'amener à expérimenter suivant de nouvelles voies en tenant compte que l'alimentation est aussi importante que la médication.

J'avais remarqué que chez les enfants l'administration de lait ou de bouillon est souvent suivie d'une élévation de la température tandis que l'on peut toujours donner de l'eau de riz ou d'orge sans ces inconvénients. En se basant sur ces remarques et sur mes remarques d'autopsie, j'ai mis de côté le lait comme aliment des typhiques. L'étude comparée des deux méthodes a donné les résultats suivants : Dans dix-huit cas j'ai trouvé que la prise de lait s'accompagnait de l'élévation de la température pendant que la prise d'hydro-carbonés n'amenait pas le même résultat. Depuis je n'ai jamais donné de lait ; quand je vois un cas de fièvre je donne en abondance de l'eau stérilisée pendant les dix premiers jours et quand il a réellement besoin de nourriture il prend des peptonoïdes dilués dans l'eau, des glaces et des gelatines. Le lait de vache est un trop bon milieu de culture pour être utilisé. La nature est sans doute un excellent maître mais encore faut-il en comprendre les leçons, pendant tout le cours de la maladie, le malade n'a pas d'appetit, pourquoi vouloir le nourrir et forcer l'organisme à se défendre de cette surcharge par les vomissements ou la diarrhée. En fait de statistiques il convient de comparer celles de la guerre Hispano Americaine où l'on s'est servi de lait, avec celles de la guerre Russo Japonaise où l'on s'est servi d'eau de riz pour le traitement des typhiques et des dysentériques. L'enlèvement du caillot de lait des plaques de Peyer est un grand pas vers la guérison il ne restait qu'à s'occuper de la médication. J'avais cru tout d'abord avoir trouvé un moyen de faire avorter la maladie en donnant en lavement un drachme d'acide phénique dans une chopine d'eau, mais ceci était trop actif. La température tombait de 104 au dessous de la normale et le malade avait des symptômes d'empoisonnement par l'acide phénique, dans l'espace de quelques heures le thermomètre oscillait autour de 100 pour reprendre bientôt sa position.

Le fonctionnement rénal était surveillé dans tous ces cas.

Dans une nouvelle série d'expériences je donnerai une goutte d'acide dans une chopine d'eau en lavement, si la température n'était pas affectée, nouveau lavement avec deux gouttes, et ainsi de suite en augmentant jusqu'à dix gouttes suivant la

stance du malade. Dans une dernière série j'ai adopté la mule suivante: dans une chopine d'eau stérilisée je mêle de à cinq gouttes d'acide carbolique et je laisse pénétrer le ment dans l'intestin aussi lentement que possible ce qui tient en plaçant le réservoir à un pied au-dessus du niveau lit. L'eau doit pénétrer dans une heure à peu près. Les rants muqueux en sens inverse amèneront cette solution au act de tout l'intestin et l'étendue de la surface assurera la ntité de l'absorption.

Le Dr Chas. Bond, de Londres, a démontré que des pintes peuvent être entrainées dans tout l'intestin par ces courants ueux renversés. Il prétend que l'on peut littéralement noyer lade par ces lavements. Par ces courants la solution d'acide ique mise en contact avec l'intestin est absorbée et peut er son action antiseptique sur le sang. Et cette injection ne ute pas à la fièvre typhoïde, je l'ai employée souvent dans des le pneumonie, de gastro-entérite et de crises d'appendicite où par son action antiseptique et antithermique ellle m'a i de grands succès.

Les 138 cas que je rapporte aujourd'hui comprennent des les dont l'âge s'étend de trois à soixante-dix huit ans, je jamais donné de bains froids mais j'ai toujours appliqué de ce sur l'abdomen et un bain de propreté par jour. A l'occa- un peu de strychnine, de quinine ou de salol suivant les indi- ns. De tous les cas traités pendant dix ans, 138, je n'ai pas ne seule mort. Tous ont bien réagi au traitement bien que eurs n'aient été traitées qu'après quelques jours de maladie. uatre des cas, des hémorrhagies très profuses furent ees par la suspension de la diète lactée. Ces résultats encou- nts me portent à croire avec confiance à mon traitement.

La fièvre typhode a toujours été une des grandes plaies de erre, l'armée anglaise, en effet, a perdu pendant la campa- Anglo-Boer 7001 hommes de la fièvre typhoïde contre 7582 suite des engagements, et l'armée Américaine 1500 par la die contre 100 par les balles. Ceci est de nature à faire hir ceux qui ont mission de soigner les malades en vue de er un moyen d'arrêter les ravages de cette terrible maladie

778 Avenue Jefferson.

NÉCESSITÉ URGENTE DE L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE DE L'HYGIÈNE

L'importance de l'enseignement de l'Hygiène a déjà été reconnue par nos éducateurs puisque cette matière fait partie du programme d'études de nos écoles élémentaires. Mais cependant tout s'est borné jusqu'à présent à de bonnes intentions seulement, car, cet enseignement reste lettre morte. Interrogés sur ces retard à mettre en pratique ce qui a été trouvé important en théorie, les directeurs de l'Instruction Publique répondent que le programme d'études est tellement chargé que l'enseignement de l'Hygiène n'a pu avoir sa place. Pour écarter cette difficulté il s'agit de démontrer que l'enseignement de l'Hygiène à l'école est aussi nécessaire et aussi urgent que celui de n'importe quelle autre matière, et que, en amendant le programme et en en enlevant certaines exubérances, on pourrait faire à cet enseignement la place qu'il mérite. La première partie de cette démonstration est de ma compétence et je me propose de la développer; quant à la seconde, je la laisse au soin des éducateurs eux-mêmes. Je me propose donc dans la dissertation qui va suivre de démontrer : 1° que l'éducation physique doit être parallèle à l'éducation intellectuelle ; 2° que l'enseignement de l'hygiène a des qualités éducatives ; 3° que les responsabilités officielles des instituteurs grandissent à mesure que la science de l'hygiène précise de plus en plus les dangers du milieu scolaire ; 4° que la santé est un des éléments les plus importants du bonheur de l'homme ; 5° que l'hygiène est un facteur des plus importants dans la vie sociale ; 6° qu'il y a des différences considérables entre la vie d'autrefois et celle d'aujourd'hui et que la civilisation moderne a fait naître des dangers nouveaux qu'il faut combattre par l'hygiène ; 7° qu'il y a de véritables maladies sociales [illegible], et que l'ignorance du peuple, [illegible], est responsable en grande partie de ces maladies sociales ; enfin, que c'est par l'instruction seulement [illegible] pourra combattre efficacement.

I

L'ÉDUCATION DOIT ÊTRE PHYSIQUE, INTELLECTUELLE ET MORALE

Éducation est l'action de développer les facultés physiques, intellectuelles et morales. En développant parallèlement, c'est-à-dire harmonieusement, ces trois facultés, sources de l'activité humaine, l'éducation prépare l'enfant à devenir un bon citoyen. C'est ainsi que les Grecs, qui sont encore nos maitres en tout, ont compris l'éducation. Malheureusement, depuis trop longtemps les éducateurs ont négligé une des parties de l'éducation, celle qui doit s'adresser au corps, et semblent ne voir chez l'enfant qu'un pur esprit ou qu'un cerveau qu'il faut gaver de connaissances encyclopédiques. Ils oublient, et cet oubli est funeste aux enfants, que l'homme est une unité composée de corps et d'esprit, que ceux-ci ne sont pas deux choses séparées, qu'ils sont au contraire unis par des liens les plus étroits les rendant solidaires dans l'état de santé et de maladie. L'esprit agit sur le corps et le corps agit sur l'esprit réciproquement. Ils sont si intimement unis qu'on ne peut les séparer sans nuire à tous les deux. Et c'est plutôt l'esprit qui souffre de la négligence dans la culture du corps. Nos éducateurs semblent, du moins en pratique, penser autrement et être de l'avis de Pascal qui traitait son corps avec mépris, en l'appelant « la guénille ». Mais ils devraient se rappeler que Pascal a chèrement payé ce mépris du corps, car sa vie fut pénible et raccourcie, et que son génie, mal supporté par un corps maladif, n'a pu donner toute sa mesure et même a rasé de ses ailes les frontières de la folie.

Le corps ne doit donc pas être ainsi méprisé, ni oublié dans l'éducation, puisqu'il est le support de l'esprit. Voici un exemple frappant de l'influence qu'exerce l'éducation du corps sur l'esprit et le moral. Le Dr Wey, du New-York State Reformatory a fait l'expérience suivante. Il prit à part douze des jeunes détenus les plus stupides de l'École de Réforme et leur fit subir un cours complet de gymnastique (physical training). Durant les mois qui avaient précédé cette expérience le succès scolaire de ces élèves était marqué par l'obtention de 45 points sur 100; pendant les cinq mois de culture physique la moyenne des points gagnés a été de 74 pour 100. Le Dr. Wey ajoute que

l'amélioration physique eut aussi une influence très marquée sur la conduite morale des enfants. Donc, le corps doit avoir aussi sa part de sollicitude de la part des instituteurs puisque la santé physique est le fondement nécessaire de l'intelligence. A la conception de Pascal qui méprisait le corps on doit apposer celle de St-Augustin qui dit, dans ses Confessions, « le corps est aussi une création divine ». Et comme il est démontré que la santé de l'esprit dépend de celle du corps, les éducateurs ne sauraient se désintéresser des soins qui doivent être donnés à ce dernier. Mens sana in corpore sano, voilà le vrai but de l'éducation.

II

L'ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE A DES QUALITÉS ÉDUCATIVES

D'ailleurs, à part ses qualités utilitaires l'enseignement de l'Hygiène a aussi ses qualités éducatives. En effet, l'étude de l'hygiène s'accompagne de celle de l'anatomie et la physiologie de l'homme et des rapports entre l'homme et l'Univers. Spencer, le grand philosophe anglais, qui a beaucoup réfléchi sur la question de l'Éducation, est d'avis « qu'un cours de physiologie suffisamment complet pour conduire à l'intelligence des vérités générales de cette science, et pour nous enseigner à en tenir compte dans la vie journalière, forme une partie indispensable d'une éducation rationnelle ». D'ailleurs, qu'y a-t-il de plus philosophique que la connaissaissance de soi-même. De quel grand secours est cette connaissance de soi-même pour nous faire comprendre les rapports si étroits qui existent entre le physique, l'esprit et le moral. Puis, quel intérêt n'y a-t-il à comprendre les rapports de l'homme avec la Nature, à connaître les influences bonnes ou mauvaises qui entourent l'homme et agissent sur lui favorablement ou défavorablement, à apprendre à utiliser les unes et à se défendre des autres.

Et, si cet enseignement est fait convenablement, par leçons de choses, il satisfera et stimulera la curiosité naturelle de l'enfant, provoquera chez lui l'esprit d'observation et stimulera l'initiative de l'esprit. Une telle science qui met l'enfant en contact avec des réalités intéressantes et naturelles a certes des qualités éducatives beaucoup plus grandes que l'arithmétique, l'al-

g'''re, les mathématiques et autres sciences encore enseignées d'une façon doctrinale et dogmatique. L'enseignement de l'Hyg'ne donne l'occasion de connaître l'histoire des véritables bienfaiteurs de l'humanité, qu'on pourrait appeler nos saints laïques, tels sont : Pasteur, Koch, Roux, Jenner, Lister, pour ne citer que les plus connus. N'est-il pas réellement plus intéressant et utile de connaître l'histoire de ces bienfaiteurs de l'humanité que celle des grands capitaines, la plupart de grands criminels? N'est-il pas plus intéressant d'apprendre les découvertes scientifiques qui ont une portée si grande actuellement sur le bonheur de l'homme plutôt que des faits historiques insignifiants, lointains, douteux, et n'ayant aucune utilité présente ?

Ces histoires anciennes ne nous offrent que des exemples d'égoïsme, de cruauté, de guerres, de conquêtes, d'oppression, en un mot plutôt des exemples démoralisants, tandis que l'histoire des savants, bienfaiteurs de l'humanité, histoire vraie vécue presque sous nos yeux, et ayant une influence éducatrice beaucoup plus grande que les légendes de l'histoire ancienne, nous offre au contraire des exemples d'abnégation, de patience opiniâtre, de sacrifice, d'amour pour l'humanité, vraiment admirables et moralisateurs. Et puis, de la santé du corps et de l'esprit résulte une morale physique et une morale de l'âme. N'y a-t-il pas là un fond d'éducation de premier ordre? En effet, à la morale ressortissent les soins de la personne humaine, le souci de conserver l'harmonie entre le corps et l'esprit, la connaissance de la solidarité humaine durant les maladies sociales, du respect du droit d'autrui à la santé, de la responsabilité que l'homme a vis-à-vis sa descendance. Il y a là une véritable mine où les instituteurs peuvent puiser des moyens d'éducation de premier ordre.

III

LA RESPONSABILITÉ DES MAÎTRES EN MATIÈRE SANITAIRE

Un autre argument en faveur de l'enseignement de l'Hygiène est que les responsabilité officielles des instituteurs grandissent à mesure que la science précise de plus en plus les dangers du milieu scolaire. Les professeurs ont non seulement charge d'âmes mais aussi de corps, ils doivent par conséquent connaître

suffisamment la science qui protège la santé des enfants qui leur sont confiés. Les parents ont droit à ce que toutes les règles de l'Hygiène soient appliquées à l'école afin que leurs enfants n'en sortent aucunement amoindris dans leurs aptitudes physiques. Dans un rapport au Comité d'Education de la ville de Londres, en 1905, le Dr. J. Verr dit : « The means of arresting spread of measless other than school closure are of enormous importance ; to name trow : *Sanitary buildings* and *training of teachers* ; these tow factors probably have the greatest effect of all in determining the entent of spread of an out breat ». Et il ajoute : « Deaths often occur from ignorance on the part of the parents. Instances have come to our notice where heart brooken mothers have stated that, had they known, they would have treated colds seriously of which they took no note, and thereby their children's lines would have been sand ». Et combien de maladies pourraient être prévenues si les professeurs étaient plus familiers avec cette science de l'hygiène. D'ailleurs l'hygiène scolaire n'a pas seulement pour but et conséquence la conservation de la santé physique mais aussi celle de l'esprit en vertu des rapports étroits qui existent entre le corps et l'esprit. Outre l'expérience du Dr Wey, que j'ai déjà citée, rien ne prouve mieux cette relation entre la santé du corps et la qualité du travail intellectuel — que la présence de tumeurs adénoïdes chez les enfants. Les enfants adénoïdiens subissent un retard à la fois physique et intellectuel. Sans doute l'inspection médicale des écoles, là où elle existe, soulage les professeurs d'une foule de responsabilités dans ce domaine, mais il s'écoulera encore beaucoup de temps avant que cette inspection ne soit généralisée. D'ailleurs, même dans ce cas, l'instituteur doit être encore le callaborateur du médecin inspecteur. Ces responsabilités en matière d'hygiène scolaire rend absolument nécessaire l'enseignement de l'hygiène dans les écoles normales. Tout instituteur et institutrice devrait dorénavant connaître suffisamment la science de l'hygiène pour l'appliquer et l'enseigner. Ils devront dorénavant être bien pénétrés de cette vérité qu'ils n'ont pas seulement la mission de former l'esprit mais aussi de perfectionner le corps. Qu'ils aient toujours présentes à l'esprit ces paroles de Spencer : « Le succès dans ce monde dépend plus de l'énergie que des connaissances acquises.

La volonté forte, l'infatigable activité dues à la vigueur physique, compensent dans une grande mesure, même des lacunes importantes de l'éducation ». Le Docteur Gustave Le Bon est du même avis. Aussi, M. Boutraux, professeurs de philosophie à la Sorbonne, qui dit : « Je voudrais que l'éducation physique fût mise sur la même ligne, et même dans les premières années, au dessus de l'éducation intellectuelle. L'insuffisance de notre éducation physique me parait constituer un danger inquiétadt pour l'avenir de notre race ». L'éducation à l'école est une préparation à la vie. Or, la vie moderne exige une préparation du côté du physique meilleure qu'autrefois. On ne saurait rester sourd à la voix de la science de l'hygiène scolaire sans se rendre coupable gravement envers les enfants, envers les parents et envers la société.

IV

IMPORTANCE DE L'HYGIÈNE AU POINT DE VUE INDIVIDUEL.

L'école prépare à la vie sociale. Or, la valeur sociale de l'homme est basée sur sa santé, car les manifestations de l'activité humaine sont réglées par le taux de la vitalité et de l'énergie physique. De même la valeur productive d'un pays est [illegible] rapport avec l'état sanitaire. Chaque homme représente [illegible]pital d'énergie utilisable pour lui-même pour sa famille et [illegible]r la société à laquelle il appartient. La santé, qui est [illegible]te source de cette activité humaine, est donc la base du [illegible]r individuel. Sans compter que la santé ser le permet à [illegible]mme de jouir véritablement de la vie. « La santé est de [illegible] biens la plus sacrée des propriétés, le plus inviolable [illegible]ts, le plus indiscutable de tous les intérêts. La vie est le [illegible]r de tout ce que nous sommes, le but de tout ce que nous [illegible]ns, le stimulant de toute notre activité. Nous subissons [illegible] la vie, le besoin de vivre, l'instinct de conservation. [illegible]re cette loi de vie, écarter et prévenir tout ce qui peut la [illegible]er, voilà l'objet de l'Hygiène » (Rioger).

[illegible]t-il parmi toutes les sciences, une, qui assure d'avantage [illegible]ur de l'homme ? Que sert à l'homme d'amasser des [illegible] s'il ne peut en jouir étant empêché par la maladie ?

Que sert à l'homme de donner toute son attention à l'esprit si finalement la débilité physique entraîne l'impuissance intellectuelle? La santé est donc incontestablement la base du bonheur de l'homme. Et s'il en est ainsi comment expliquer la négligence de nos éducateurs vis-à-vis de cette science, fondement du bonheur de l'homme et de la grandeur nationale, lorsqu'on considère combien est avancée la science de l'élevage des animaux? On connait à peu près tout sur ce dernier sujet: quantité et qualité de la nourriture, pureté de l'eau, exercice, repos, soins du corps, hygiène de l'étable, lois des croisements pour obtenir telle ou telle qualité particulière, soit la gracilité ou la lourdeur des formes, soit la rapidité d'allure ou la force de travail, etc. Des exhibitions d'animaux se tiennent annuellement et des foules accourent pour admirer les résultats des savants hygiénistes d'animaux. Et pendant que les hommes apprennent ainsi à élever de beaux animaux ils négligent d'apprendre à élever de beaux enfants; dans nos couvents, au lieu d'apprendre les lois de la puériculture afin de sauver la vie de nos enfants qui meurent dans la proportion de 50 pour 100, nos jeunes filles apprennent une foule de choses inutiles et restent ignorantes sur l'essentiel: les principes d'alimentation rationnelle, les moyens de ventilation, la genèse des maladies contagieuses, les dangers de la poussière et du balayage à sec, l'hygiène du vêtement, etc. etc.

Sérieusement n'est-ce pas une chose inconcevable que, bien que la vie et la mort de nos enfants, leur perte ou leur avantage moral, dépendent de la façon dont nous les élevons, on n'ait jamais donné dans nos écoles la moindre instruction sur ces matières à des élèves qui demain seront pères ou mères de famille? N'est-ce pas une inexplicable anomalie que le sort de la nouvelle génération soit abandonné au hasard d'habitudes irréfléchies et de caprices déraisonnables, aux suggestions de nourrices ignorantes, aux préjugés des grands'mères? Aux milliers d'êtres humains qui sont tués, ajoutez les centaines de milliers qui survivent pour trainer des santés affaiblies, les milliers qui grandissent avec des constitutions moins fortes qu'elles n'auraient dû l'être, et vous aurez quelque idée du mal fait par des parents qui ignorent les lois de la vie. Il est affligeant et étrange qu'une peine qu'on se donne volontiers pour

élever des animaux superbes soit jugée trop grande quand il s'agit d'élever des enfants». (Spencer) Et pourtant il serait facile d'obtenir les mêmes résultats avec les hommes puisque ce sont les mêmes lois qui régissent la vie et la santé des animaux et des humains. Il est grandement temps qu'on y pense sérieusement car partout on remarque que l'homme, comme conséquence de cette ignorance des lois de la vie et de la santé, déchoit dans sa résistance à la maladie, que les enfants n'atteignent plus la taille de leurs parents, que les réformés au service militaire deviennent de plus en plus nombreux, que la tuberculose est devenue une maladie populaire inquiétante par suite de la dégénérescence générale. Il est grandement temps d'enseigner à l'humanité, dès les premières années de l'école, à vivre sainement, car, pour peu que cela continue, bientôt la moitié de l'humanité sera occupée à avoir soin de l'autre moitié dans les hôpitaux, dans les asiles, dans les sanataria, dans les prisons. L'enseignement de l'hygiène à l'école voilà le seul moyen capable de changer cet état de choses déplorable. Que les gouvernements continuent à subventionner les exhibitions de beaux chevaux, de belles vaches, etc, mais qu'ils s'intéressent efficacement aussi à la conservation de nos enfants et de la robustesse de notre race canadienne.

V

IMPORTANCE DE L'HYGIENE AU POINT DE VUE SOCIAL

Mais il n'y a pas qu'une hygiène individuelle, il y a aussi une hygiène sociale. La vie sociale, par le fait de la réunion ou du contact intime et assidu des individus qui composent une collectivité, engendre des dangers pour la santé qui n'existent pas dans la vie éparse. En effet, les maladies individuelles transmissibles ont ainsi plus de chances et de facilités pour se transmettre et se répandre. Par le fait du tassement des individus les poisons individuels deviennent collectifs. L'homme est donc menacé constamment de certaines maladies qui naissent et se répandent à la faveur de la vie en société. Et pourtant l'homme doit considérer sa santé comme le plus sacré de ses droits puisqu'elle est la base de son bonheur. L'homme a donc

le droit que sa santé soit protégée par la société elle-même puisqu'elle est une source de danger. Mais la société à son tour a le droit d'exiger de chaque citoyen qu'il ne contribue aucunement à répandre des germes de maladie. Il est parfaitement reconnu aujourd'hui qu'il y a une responsabilité en matière sanitaire, que personne n'a le droit de transmettre volontairement ou par ignorance ou par négligence une maladie quelconque qui peut entrainer chez autrui une infirmité où la mort.

Cette responsabilité en matière d'hygiène est de droit commun. Personne n'est exempté de réparer les torts qu'il a occasionnés à son prochain d'une façon ou d'une autre. Aujourd'hui la science de l'hygiène précise suffisamment l'étiologie d'une foule de maladies pour que de justes responsabilités puissent être établies dans un très grand nombre de cas bien déterminés. Les travaux inspirés par les découvertes de Pasteur ont donné une base et une orientation nouvelles à l'hygiène qui de simplement individuelle, lorsqu'elle était est devenue publique et sociale. Si donc, l'individu et la société ont chacun leurs droits il s'en suit qu'ils ont aussi leurs devoirs réciproques. Or, tout citoyen doit connaître cette réciprocité de droits et de devoirs. L'école prépare avons nous dit à la vie sociale. Si on enseigne, et avec raison, les grandes lignes du fonctionnement de notre gouvernement et les principes généraux du civisme ou vie sociale, on manquera à la logique si l'on n'enseigne pas au futurs citoyens cette réciprocité de droits et de devoirs nouveaux créés par la Loi Sanitaire. Tout citoyen sait que la loi le protège contre toute violation faite par autrui à ses droits, il doit savoir également qu'il y a une loi sanitaire qui protège sa santé qui est la plus précieuse de toutes les propriétés. Et à la connaissance de ses droits se rattache nécessairement la connaissance de ses devoirs en cette matière. La plupart des citoyens passent leur vie sans avoir l'occasion de se servir de la loi civile, tandis que, chaque jour au contraire, ils trouvent l'occasion d'appliquer les lois de l'hygiène. C'est dire que la connaissance de cette dernière est indispensable.

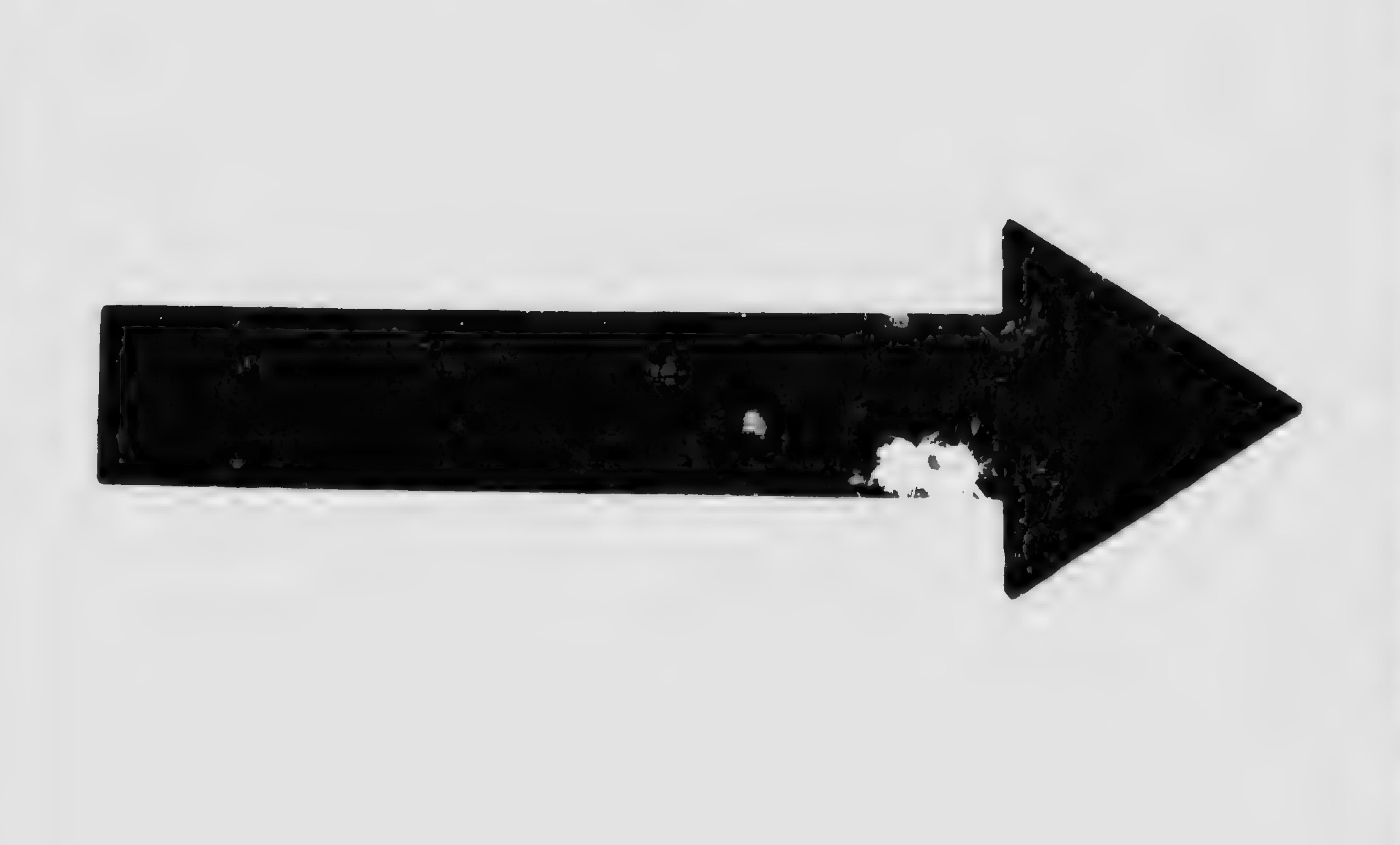
D'ailleurs, aujourd'hui, presque toutes les grandes questions sociales sont doublées d'une question d'hygiène. Mortalité infantile excessive, dépopulition, recrutement des armées, dégénérescence des sociétés par l'alcool, par la tuberculose, par

la mauvaise alimentation, par le travail prématuré ou excessif, sont des problèmes d'économie sociale aussi bien que d'hygiène, car leur solution apporterait plus de richesse en même temps que plus de bien être et de bonheur. Voilà ce qui explique pourquoi un ex-président de la République Française, des savants de tous les pays, des économistes, des moralistes, des législateurs et autres personnages distingués sont à la tête de ligues, d'associations ayant pour but l'Hygiène sous ses diverses formes. Ce mouvement parmi les intellectuels s'explique parce-que ceux-ci prennent l'importance de l'hygiène publique ou sociale dans la civilisation moderne, il devrait descendre jusqu'au peuple par le moyen de l'instruction scolaire, car tout autre moyen d'éducation populaire ne s'adresse qu'à des fractions du peuple mais non au peuple tout entier. L'hygiène publique ne fait que commencer sa mission humanitaire. Elle trouve bien des obstacles sur son chemin la plupart suscités par l'ignorance. Quels immenses avantages résulteraient de cette bonne disposition d'esprit qu'engendrerait l'enseignement de l'hygiène à l'école, qui préparerait ainsi toute une nouvelle génération de citoyens prêts plutôt à aller au devant de la loi qu'enclins à l'éluder.

VI

AUTREFOIS ET AUJOURD'HUI

Et cet enseignement s'impose surtout aujourd'hui que tout citoyen, grâce à notre vie démocratique, qu'il sait ignorant ou instruit, peut aspirer à occuper une place soit dans nos parlements, soit à l'Hotel-de-Ville, soit dans d'autres institutions qui forment l'opinion publique. C'est donc une nécessité particulière à notre époque que chaque citoyen connaisse ce nouvel organe du fonctionnement social actuel. Mais il y a encore d'autres modalités de la vie moderne qui mutinent l'enseignement populaire de l'hygiène. Notre vie actuelle diffère de l'ancienne sur plusieurs points importants. Autrefois les hommes étaient plutôt disséminés, moins exposés à la contagion, ils avaient une provision surabondante de soleil et d'eau pure et enfin le travail dans les champs était pour eux une source de force et de santé. Aujourd'hui au contraire les hommes aban-



donnent la campagne pour la ville où ils se tassent dans des habitations rendues insalubres par surpeuplement et absence de soleil et d'eau ; le travail accompli dans l'atmosphère empoussiérée, enfumée et étouffante des usines achève de miner leurs forces. Autrefois le système nerveux, ce grand régulateur de la nutrition, avait le temps de se reposer, de reprendre son équilibre et réparer son usure. Aujourd'hui la vie est tellement intense dans tous les domaines de l'activité humaine que le système nerveux de l'homme moderne est constamment en vibration sous les mille et une excitations ambiantes. Le surmenage guette non seulement l'adulte dans l'exercice des métiers et des professions mais aussi l'enfant à l'école et la femme sollicitée par une foule d'industries nouvelles. Autrefois donc le travail s'accomplissait dans les champs et dans des conditions bienfaisantes et il était plutôt une source de vigueur et de santé : aujourd'hui, l'industrialisme fiévreux et la vie intense dans toutes les branches de l'activité humaine, le manque d'air pur dans les habitations entassées les unes contre les autres, provoquent l'usure rapide des forces. Enfin il y a des maladies qu'individuelles autrefois sont devenues sociales aujourd'hui ; ce sont : l'alcoolisme, père des crimes, de la misère, de la dégenerescence et de la folie ; la tuberculose, qui comme une marée toujours montante fait des ravages effrayants ; la mortalité infantile qui nous prive de la moitié de nos enfants ; enfin, l'avarie qui corrompt non seulement le sang des individus mais aussi celui de leurs descendants. Les maux étaient sans doute connus autrefois mais à l'état isolé, chez quelques individus seulement, tandis qu'aujourd'hui ils affectent les masses populaires. Et on les appelles maladies sociales justement parceque c'est notre vie moderne qui les engendre. L'alcool est connu depuis des siècles, mais l'alcoolisme est un mal moderne. La tuberculose a toujours fait des victimes mais ses rouages grandissent à mesure qu'apparaissent des causes de surmenage et d'insalubrité du milieu. Beaucoup d'enfants certes ont toujours été victimes de l'ignorance des parents et sont morts prématurément, mais notre mortalité infantile actuelle est colossale et inquiétante parce que, outre l'ignorance, qui est encore un facteur de maladie, il y a d'autres causes plus récentes et inhérantes à notre vie moderne, telles par exemple : l'approvisionnement d'un lait qui déjà impur à sa source, se gâte par

la distance et est encore altéré par des commerçants sans scrupules ; aussi, les conditions nombreuses d'insalubrité des habitations dans les villes. Enfin, la vie éparse d'autrefois favorisait moins que la vie concentrée d'aujourd'hui la dissémination de l'avarie. Aujourd'hui la population urbaine est avariée dans la proportion de 10%. Si nous ajoutons à tous ces maux le travail prématuré des enfants et le travail des femmes dans les manufactures, qui est une triste et désastreuse nécessité des temps modernes, nous concevrons que l'homme moderne a particulièrement besoin de la science de l'hygiène afin d'écarter dans la mesure du possible les dangers qui menacent sa santé.

VII

L'IGNORANCE EST RESPONSABLE DE CES MAUX

L'ignorance, dans toutes les couches du peuple, chez les gouvernants et les gouvernés, est responsable en grande partie de ces maladies sociales. C'est donc l'instruction générale en matière d'hygiène qu'est l'unique remède. On peut affirmer qu'aujourd'hui le dégré de civilisation d'un peuple se mesure au dégré de perfectionnement de son hygiène publique. Il serait facile de multiplier les exemples qui démontrent ce parallélisme entre l'éducation populaire et l'abaissement du taux de la morbidité et mortalité. Quelques exemples suffiront pour démontrer cette vérité ; L'Angleterre, avait une mortalité générale de 30 pour 1,000 elle la réduisit à 17 et celle de la tuberculose de 40 à 50%, simplement par l'application méthodique des lois de l'Hygiène Publique. Quoique toutes les marines du monde envoient leurs navires dans les ports anglais, ceux-ci restent indemnes de choléra qui au contraire, au moment où j'écris, a fait dix mille victimes en Russie, peuple à civilisation arriérée. Le Japon, peuple progressiste par execellence et éminemment assimilateur du progrès européen, a vaincu la Russie autant par l'application de la science de l'Hygiène à son armée que par les armes. En effet, dans les guerres antérieures la mortalité se répartit ainsi : 80% par maladie, 20% par blessure de guerre ; or, les Japonais, en appliquant les données scientifiques de l'Hygiène, renversèrent ces chiffres et firent une écono-

mie de 60% de combattants. Et ce qui prouve la précision de la science de l'Hygiène c'est que ce résultat avait été prévu et annoncé par les Japonais. L'Allemagne, pays où l'on obtient beaucoup d'un peuple instruit et discipliné, a fait disparaître, on peut dire totalement, la variole de son territoire par la vaccination et revaccination systématiquement appliquées aux enfants d'école et aux recrues de l'armée. Elle a également combattu efficacement la fièvre typhoïde la tuberculose et autres maladies qui finissent par coûter si cher aux nations. Les Etats-Unis, autre peuple progressiste, ont transformé Cuba, la Havane, Porto-Rico, les Philippines, que l'Espagne, peuple arriéré, avait laissés croupir dans l'insalubrité la plus dangereuse pour les indigènes et les étrangers. Aussi la Havane, autrefois justement redoutée des Européens est aujourd'hui recherchée par les touristes. Madagascar, avant d'être une possession française, était absolument dangereuse par son insalubrité, mais le général Galliéni, à peine l'île conquise, se transforma en hygiéniste et s'empressa de fonder un institut Pasteur et d'appliquer partout la science de l'hygiène. Aussi le résultat fut qu'à Tanarive, la capitale, la mortalité infantile tomba de 30% à 22% et l'accroissement de la population monta de 50% à 24%.

Voilà des faits suffisamment nombreux et précis que partout où l'on sait se rendre compte de l'importance de l'Hygiène et on l'applique on obtient des résultats certains : la mortalité et la morbidité sont diminuées, la population est augmentée, des contrées insalubreset inabordables sont rendues salubres, les échanges commerciaux sont alors facilités et accrus, le bien-être et la prospérité assurés, des contrées nouvelles sont ouvertes à la civilisation. Tout cela s'accomplit seulement grâce à l'Hygiène. Mais celle-ci sera efficace ou insuffiisante tant que son importance n'est pas reconnue. Eh bien, il est triste de le dire, mais la constatation est faite tous les jours, le canadien-français ignore plus, ou pratique moins l'Hygiène que le canadien-anglais. En effet ; qu'on compulse les tables statistiques et l'on constatera que les canadiens-français meurent plus que les canadiens-anglais de tuberculose : que, contrairement à ce qui a lieu dans les autres pays, la femme canadienne française meurt plus de tuberculose que l'homme. Et si l'on consulte les médecins sur la cause de ces différences, la reponse sera : ignorance des lois de

l'hygiène. Si donc, la nécessité de connaître l'hygiène est générale elle est particulièrement urgente pour nous canadiens-français. Nous avons un excellent code sanitaire mais il est inutile de promulguer des lois si les individus n'en connaissent pas l'apropos et la nécessité. Les lois qui sont en avance sur la mentalité du peuple restent inefficaces. C'est par l'éducation à l'école qu'on peut modifier la mentalité de toute une génération dans un espace relativement court de temps et de la façön la plus efficace. Mais comme cet enseignement devra être nécessairement très élémentaire à l'école et comme il est probable qu'il ne laissera chez tous une trace ineffaçable il sera nécessaire de le continuer plus développé dans les couvents et les collèges.

N'est-il pas affligeant de constater presque autant d'ignorance en fait d'hygiène chez les gens, prétendus instruits, des couches supérieures que chez les gens des couches inférieures de la société? Il y a les maladies des riches et les maladies des pauvres dues à l'ignorance des uns et des autres. L'hygiène est la synthèse des connaissances qui donne à l'homme une direction scientifique pour conserver et améliorer la santé. Tous ont besoin de cette science: les forts pour pouvoir conserver intact le dépot d'énergie qu'ils ont reçu de la nature; les faibles pour améliorer le peu qu'ils ont reçu d'elle; les riches pour connaître et écarter les dangers d'un confort outré, du manque d'exercice, d'une alimentation non convenable et les nombreuses maladies dues à l'arthritisme; les pauvres, pour apprendre à contrecarrer les effets pernicieux du travail accompli dans de mauvaises conditions d'atmosphère et d'habitation, à se préserver des maladies qui sévissent particulièrement chez le peuple: les maladies professionnelles, l'alcoolisme, la tuberculose. La première chose à apprendre pour se préparer à la vie c'est la science qui apprend à suivre sainement, longuement, et efficacement. Cette science est l'Hygiène. Et comme la vie moderne est plus que celle de nos ancêtres une vie anti-hygiènique, la connaissance de l'Hygiène est devenue une nécessité urgente de notre époque.

O. V. VALIN, M. D.,
Professeur d'Hygiène à l'Université Laval
de Montréal.

LES INJECTIONS MERCURIELLES IN LOCO DOLENTI DANS LES MANIFESTATIONS LOCALISEES DE LA SYPHILIS

Par Henri Hamel, Interne des Hôpitaux de Paris

—

Il peut sembler superflu d'apporter un nouveau mode de traitement des syphilides au moment où grâce à de récents progrès, la médication habituelle, mercurielle ou iodurée donne de si brillants résultats.

Malheureusement on s'aperçoit bien vite au cours de la pratique syphiligraphique que les traitements hydrargiriques et iodurés, si bien institués, si intensifs qu'ils soient ne donnent pas toujours les résultats opérés. Il est des cas rebelles à toute thérapeutique générale où les médications les plus énergiques (injections solubles de sels mercuriels intra-veineuses ou intra-fessières, injections insolubles de calomel) échouent complètement ou donnent tout au moins des résultats tardifs compromis de rechutes continuelles.

Les causes de ces échecs sont multiples, liées parfois au terrain morbide, le plus souvent sans doute à des troubles vasculaires locaux ne permettant pas la pénétration de l'agent thérapeutique jusqu'au point malade.

D'autres fois encore la médication générale est contrindiquée par des motifs divers alors que l'évolution des lésions nécessiterait une intervention énergique.

C'est en ces cas qu'une médication simple et sûrement efficace est précieuse. Notre maître, M. J. Darier, s'est depuis longtemps préoccupé de répondre à ce désidératum. Il a depuis longtemps et à diverses reprises expérimenté la méthode des injections mercurielles locales.

Diverses considérations l'ont guidé dans cette voie.

Il paraît, à un point de vue théorique, rationnel dans les cas où il est certain ou probable que les lésions locales d'une ma-

...die infectieuse résultant d'une localisation de son agent pathogène, de porter l'agent thérapeutique au point même où il est utile, au lieu de le diluer dans la masse totale des humeurs de l'organisme. On peut prévoir que le médicament se montrera actif dans ces conditions à doses beaucoup moins élevées. Le professeur Bouchard avait d'ailleurs préconisé cette méthode au congrès du Caire en la recommandant pour le traitement ...ycylé des arthrites. On peut aussi espérer un bon résultat des injections locales de sels mercuriels en voyant l'efficacité du traitement local des dermatoses infectieuses ; tous les médecins obtiennent des résultats appréciables dans la cure des manifestations locales de la tuberculose et de la lèpre, par exemple.

Enfin la syphilis elle-même a de tout temps été plus ou moins traitée localement. Le célèbre emplâtre mercuriel de Vigo, tant de fois modifié au cours des trois derniers siècles est resté jusqu'à nos jours l'un des meilleurs mode de traitement local de la syphilis. Le professeur Fournier le recommande couramment. M. Hallopeau s'est fait le défenseur du traitement local de la syphilis, notamment par les pommades mercurielles et les bains locaux de sublimé : malheureusement les inconvénients en ...passent trop souvent les avantages Enfin notre collègue et ami Boisseau, (de Luchon) reprenant sur le conseil de M. Brocy les expériences anciennes de M. Bernier a résumé dans sa thèse inaugurale les intéressants résultats fournis par les injections locales d'iodure de potassium dans le traitement des gommes syphilitiques : la douleur très vive qu'elles provoquent les contrindique dans la pratique courante.

A l'instigation et sous le contrôle de notre maître M. J. Darier naus avons repris les expériences sur les injections mercurielles locales. Ce nous fut chose aisée dans ce beau service de l'hôpital Broca, si riche en malades où M. J. Darier nous a fait l'honneur de nous prendre comme interne durant une année

Indications de la médication locale.

Ce n'est pas dans la généralité ni même dans la majorité des cas que la médication locale est appelée à rendre des services Cela n'est en effet indiqué que dans les circonstances suivantes :

1° Syphilides secondaires ou tertiaires circonscrites, de cacaractère ulcéreux, destructif ou suintant, ou simplement affligeantes et affichantes par leur localisation, si bien qu'il y a un intérêt majeur à les faire disparaitre le plus rapidement possible.

2° Traitement général rendu actuellement dangereux ou impossible aux doses considérables qui seraient nécessaires, en raison soit des caries dentaires multiples avec gingivité, (contrindication formelle à cause des stomatites toujours possibles dans ces cas) soit de troubles intestinaux graves (diarrhée séreuse muque ... uco-membraneuse ou hémorrhagique) soit de lésions rénal... imputables à la syphilis.

3° Traitement général s'étant montré inefficace ou trop lentement efficace, mais qu'il serait imprudent de prolonger en raison des doses élevées de mercure absorbées.

4° Enfin dans les ca... la biopsie ayant écarté surement le diagnostic d'épithélioma le traitement d'épreuve reste légitime et permet de trancher le diagnostic sans lui impossible entre la syphilis et la tuberculose, on pourra avoir recours au traitement d'épreuve par injection locale.

Il importe au plus haut point de mettre en relief dès l'abord que nous ne prétendons pas substituer la médication hydrargirique locale à la médication générale, ce qui serait profondément irrationnel et exposerait à de redoutables mécompte... ...ur nous cette méthode est un adjuvant précieux, mais rien ...

Technique des injections locales.

1° La solution injectée: Nous avons d'abord employé le biiodure en solution très faiblement concentrée 1/2000 à 2/1000. Nous avons du abandonner ce sel car il restait douloureux quelque faibles que fussent les solutions. Or nous ne pouvions faire de solution indolore de biiodure par adjonction de cocaïne ou de stovaïne, le biiodure donnait un précipité avec les alcaloïdes L'eau gaiacolée saturée ajoutée aux solutions ne nous a donné aucun résultat analgésique appréciable.

Nous avons alors essayé du cyanure de mercure en solution à 1/2000 rendu indolore par adjonction de cocaïne à 1/200 Mais au bout de quelques minutes après l'injection apparaissaient des douleurs d'intensité variable.

Enfin nous avons employé la solution de cyanure à 1/2000 rendue indolore par la stovaïne à 1/200, mais en solution portée à l'isotonie par adjonction de chlorure de Sodium. Nous avons expérimenté cette solution sur de nombreux malades: nous l'avons toujours trouvée absolument indolore. C'est elle que nous conseillerons car seule elle nous a donné des injections totalement et constamment indolores.

2° *L'Injection.*—Il faut prendre une aiguille très fine, de celles qui sont employées pour les injections intra-veineuses. On pénètre très obliquement de façon à atteindre les couches cellulaires profondes des papules ou des tubercules, puis on pousse lentement l'injection. La quantité du liquide sera d'environ un à 2 cent. cubes: il faut que le liquide injecté détermine une infiltration notable de la lésion traitée.

Quant aux ulcérations nous conseillons d'enfoncer l'aiguille en pleine ulcération et non à son voisinage: on évite ainsi même la douleur de la piqure d'aiguille, profitant de la sensibilité très atténuée de l'ulcère syphilitique. Il y a intérêt à faire dans la même ulcération des injections en des points multiples tout au moins aux deux pôles de l'ulcère, s'il est étendu au moins.

Ensuite on recouvre d'un pansement sec. En général, il suffit de répéter tous les deux jours les injections locales.

En procédant avec les précautions d'asepsie habituelles et en employant la solution isotonique de cyanure stovaïné on peut employer la méthode des injections locales sans avoir à craindre aucun accident, aucune douleur même, et cela dans les régions les plus sensibles, comme la face ou la vulve.

Nous rapportons ci-dessous quelques observations qui montrent l'efficacité et le mode d'action du traitement local:

Observation I.—*Ulcération de la face.*—M. D. M., 27 ans Syphilis méconnue, dont l'accident actuel est au dire du malade, la première manifestation. Le malade a été traité à Saint-Louis,

à la consultation du dimanche, au moyen de pommades blanches dont il ignore la composition. Pas d'autre médication, le début de l'ucération remonte à six mois.

Le 2 décembre 1907, il vient consulter à Broca pour une vaste ulcération à bords réguliers formant des segments de cercles, à fond irrégulier, jaunâtre recouvert d'une croute épaisse. Base nettement infiltrée. Sa forme générale est celle d'un fer à cheval largement ouvert touchant les deux commissures et limité en haut par la muqueuse de la lèvre qui est respectée, mais très œdématiée et infiltrée, éversée

Le traitement local seul est institué: le 2 décembre on injecte, en deux points, un centimètre cube de biiodure à 2/1000 injections solubles. La lésion actuelle persiste depuis le 6 octobre

Le 8 décembre, disparition de l'œdème labial, l'ulcère s'est détergé et se comble. Large marge périphérique de cicatrisation : la commissure droite est guérie et toute la plaie bourgeonne. Même traitement.

Le 15 décembre l'ulcère entier est comblé et épidermisé.

Observation II.—*Syphilides tuberculo-circinées de la face.*—Mme O. M., 44 ans, salle Callerier, No. 9. Syphilis en 1905, traitée très énergiquement, depuis 1906 par des frictions et les injections solubles. La lésion actuelle persiste depuis le 6 octobre 1907, malgré 50 injections de biiodure, 1 injection de calomel, 5 injections d'huile grise et des applications permanentes d'emplâtre de Vigo. La malade est très alcoolique, a facilement de la stomatite, ce qui rend difficile tout traitement intensif prolongé.

Le 10 décembre 1907 la malade présente une large nappe erythématosquameuse très infiltrée, à bordure surélevée, à contours polycycliques. La lésion occupe la moitié droite de la lèvre supérieure, le sillon nasogénien et envahit la région mentonnière jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous de la commissure. On observe trois tubercules du volume d'un gros pois, ulcérés, l'un à la périphérie de l'infiltrat, les autres à la commissure buccale. Sans aucun traitement général ni pansement local, 8 séries d'injections locales de 2 centimètres cubes chacune de biiodure à 1/2000, pratiquées aux deux points extrêmes de la

lésion, ont suffi en 20 jours à supprimer l'infiltration, cicatriser les tubercules, pâlir l'érythème. La lésion laisse comme reliquat une ligne cicatricielle, visible à jour frisant, formée des cicatrices de tubercules confluents.

OBSERVATION III.—*Syphilome ulcéré de la jambe.* Mme P A., 25 ans. Salle Vidal No. 6. Syphilis datant probablement de 1902. Traitée deux mois par des pilules à Ténon en 1905, un mois par des injections de calomel pour des gommes à Broca en 1906.

En avril 1907, elle présente à la partie postéro-externe de la jambe quatre ulcérations, la plus petite de la dimension d'une pièce de un franc. Bords taillés à pic mais décollés en certains points, base très infiltrée. La carie dentaire avec gengivite contre-indique le traitement général. Injection biiodure à 1 pour 2000, un centimètre cube tous les deux jours, localement. Après le première injection les bords décollés s'accolent au fond qui se déterge. L'infiltration disparait à la deuxième injection. Guérison complète au bout de 20 jours, soit 10 injections.

OBSERVATION IV.—*Syphilome chancriforme récidivant.*—M. R. C., 23 ans. Syphilis moyenne traitée régulièrement par des injections de benzoate ou d'huile grise. Au bout de 3 ans, il y a 18 mois, apparition d'une érosion chancriforme, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes située sur le pubis, dans le prolongement d'une cicatrice linéaire inguinale droite pratiquée pour l'extirpation d'un testicule tuberculeux. Traitement par injections intrafessières quotidiennes de benzoate, guérison lente Trois semaines après, puis à des intervalles de trois semaines à deux mois au plus, récidives toujours au même point et sous la même forme, chaque fois plus rebelles. On en vient à soupçonner la tuberculose. Ce malade, suivi et traité par M. Emery, est présenté le 4 octobre 1907 à M. J. Darier, qui constate l'existence d'une syphilide tuberculo-érosive, superficielle à base cartonnée, peu infiltrée de la dimension d'une pièce de cinq francs. Le traitement général reste le même mais on y ajoute des injections locales quotidiennes de 1 centimètre cube de biiodure à 1/1000. Cicatrisation en quinze jours. Depuis le 6 mars la guérison persiste sans récidive.

Observation V.—*Syphilide tuberculo-croûteuse.*—Mme D. M., 37 ans. Salle Vidal No. 24. Syphilis méconnue. Pas de traitement antérieur. Les lésions actuelles durent depuis six ou sept mois. Elles sont groupées en trois sièges et bien circonscrites sur le sein gauche, dans l'aiselle gauche dans la région dorsale enfin au niveau des six dernières côtes du côté gauche On observe en ces points une large nappe érythémato-pigmentaire légèrement infiltrée, à contours polycycliques. A la périphérie de cette nappe infiltrée on trouve de nombreux tubercules, les uns typiques, les autres squameux ou croûteux.

Le traitement local seul est institué, et pour la lésion dorsale seule, la plus étendue.

On injecte le 1er décembre 2 centimètres cubes de la solution de biiodure à 2/1000. Le 12 décembre 3 séries de deux centimètres cubes ayant été pratiquées la nappe erythémateuse a perdu son infiltration et est devenue d'un brun très pâle: les tubercules ont laissé en disparaissant une cicatrice pigmentée.

Les lésions non soumises au traitement n'ont pas évolué de façon appréciable.

Observation VI.—*Syphilome ulcéré de la jambe.*—Mme C. M., 22 ans. Salle Vidal No. 1. Syphilis en 1901, non traitée. Le 21 décembre 1907 elle consulte pour trois ulcères. Deux sont nummulaires, de la dimension d'une pièce de 50 centimes siégeant l'un sous la plante du pied, l'autre sur la narine gauche. Le troisième ovalaire siége sur la face externe de la jambe droite à sa partie supérieure. Elle est très profonde, a des bords à pic, un fond grisâtre irrégulier. Elle mesure 4 cm, 5, sur 2 cm, 5. On traite seulement cette lésion par le biiodure à 2/1000, un centimetre cube tous les deux jours. Après 5 injections l'ulcère comblé complètement s'épidermise par ilots. On institue le traitement général et la malade sort: les ulcères témoins avaient continué à évoluer.

Observation VII.—*Infiltration gommeuse ulcérée de la jambe.*—Mme A. A., 21 ans. Syphilis en 1904. Gomme de la jambe gauche et néphrite syphilitique en avril 1907. Traitée par 50 injections de un centigramme de biiodure et six injections

d'huile grise de 7 centigrammes de mercure. Le 19 novembre la malade vient de terminer sa série d'injections d'huile grise mais malgré ce traitement est apparue sur la face interne de la jambe au niveau du tiers supérieur du tibia une infiltration gommeuse mesurant six centimètres sur sept: on y voit une ulcération parfaitement ronde mesurant 3 cm, 5 de diamètre. Sur l'aile du nez, à gauche, ulcération du diamètre d'une pièce de 50 centimes, peu profonde, à base cartonnée.

Le 29 novembre on injecte dans l'infiltrat gommeux de la jambe un centimètre cube de biiodure à 2 pour 1000 av... gaiacolée. Après 2 injections, le 2 décembre l'infiltrati... nue, l'ulcère se comble. Le 10 décembre, après 15 inj..., quoique le malade ait vaqué à ses occupations l'infiltration est disparue, l'ulcération comblée et presque totalement épidermisée. La lésion ulcéreuse de l'aile du nez n'a pas régressé, ce qui permet d'attribuer au traitement local la guérison de l'ulcère de la jambe, et non à une action tardive de l'huile grise précédemment employée comme traitement général.

Observation VIII.—*Infiltration gommeuse de la jambe.*—Mme B. M., 24 ans. Salle Natalis-Guillot No. 6. Syphilis en 1901, traitée irrégulièrement et ayant donné de nombreuses manifestations.

Le 27 novembre 1908, la malade présente à la région postéro-supérieure de la jambe gauche une ...e nappe violacée d'infiltration gommeuse de 3 cm, 5 sur 9 c... mètres, ovalaire. On y observe deux ulcérations profondes, l'une extérieure, allongée mesurant 7 millimètres sur 5, l'autre ronde de 3 millimètres de diamètres. On injecte 2 centimètres cubes de biiodure à 1/2000. Le 6 décembre, après 3 séries d'injections les deux ulcérations sont comblées et cicatrisées. L'infiltration diminue d'épaisseur et ne mesure plus que 9 centimètres sur 2.5.

Le 8 décembre après 4 séries d'injections l'infiltration a disparu laissant une très pâle pigmentation et un très léger épaississement de la peau.

Observation IX.— *Syphilome ulcéré de la jambe.*—Mlle S. J., 22 ans, salle Vidal, No 11. Ulcération siégeant à la face

antéro-externe de la jambe gauche à la partie moyenne, en forme de cœur de carte à jouer mesurant 6 centimètres de largeur et 3 de hauteur. Bords taillés à pic, parfois irrégulièrement déchiquetés, à fond irrégulier, rouge légèrement saignant. La base est profondément infiltrée. Le début date de trois semaines, à la suite d'un traumatisme. Le début de la syphilis est inconnu. Le début de lésion remonte à l'âge de 11 ans. Depuis à quatre reprises différentes ulcères de jambe guéris en un temps variant de deux à six mois et laissant des cicatrices pigmentées.

La malade est traitée par injection locale de 1/2 centimètre cube de la solution de cyanure à 1/2000 rendu indolore par la cocaïne à 1/200 et isotonique. 5 séries de 2 injections, tous les deux jours ont amené la cicatrisation complète de l'ulcère, sauf en un point large comme une pièce de 20 centimes, où l'ulcère complet n'est pas épidermisé. Le 22 février la malade sort sur sa demande avant guérison complète.

Observation X.—*Syphilides tuberculo-croûteuses et squameuses.* Mme C. M., 52 ans. Salle Vidal No. 11. Syphilis datant de 10 ans, traitée seulement durant six mois en 1906, à l'huile grise pour des tubercules de la face.

En novembre 1907, entre pour placards pigmentés, polycycliques, infiltrés, portant à leur périphérie des éléments tuberculeux, tuberculo-croûteux, tuberculo-squameux. Ces placards sont situés à la fosse sous épineuse droite, sur l'avant-bras droit et à la région médio-thoracique.

On institue le traitement général au biiodure (un centigramme chaque jour). De plus le grand placard de la région sous-épineuse est traité localement par deux injections de un demi-centimètre cube de biiodure à 1/2000, pratiquées tous les deux jours.

Après 3 séries de ces injections locales les tubercules sont remplacés par des cicatrices pigmentées et la nappe érythémateuse a perdu son infiltration et pris une couleur brun très pâle.

Les autres lésions non soumises au traitement local, n'ont pas été transformées notablement.

Observation XI.— *Syphilides papuleuses du menton.* — Mlle H. L., 21 ans, salle Natalis-Guillot No. 27. Syphilis en

janvier 1907 traitée irrégulièrement à l'huile grise de façon insuffisante ; état général très mauvais, érythème. A cause d'une série d'injections d'huile grise, la malade voit apparaître trois énormes papules, ayant l'une le diamètre d'une pièce de 1 franc, située sur l'aile gauche du nez, les deux autres confluentes, du diamètre d'une pièce de deux francs, et siégeant sur le menton. On continue le traitement général à l'huile grise et le 10 décembre 1907 on injecte un quart de centimètre cube de biiodure à 1 pour 100 sous les papules du menton. La réaction de voisinage est très marquée, la malade souffre, mais le 18 décembre, après avoir subi une transformation cornée, les papules disparaissent complètement. La papule du nez, non traitée localement, ne disparut qu'un mois après et a récidivé le 20 mars, alors que les papules du menton sont disparues complètement.

OBSERVATION XII.— *Syphilides papuleuses de la face.*— Mlle F. M., 17 ans, salle Natalis-Guillot No. 37. Roséole en juillet 1907. Aucun traitement.. En janvier 1908 entre pour des papules de la face, groupées autour de la bouche, les unes isolées, les autres groupées. Un groupe de plusieurs papules confluentes forme une lésion de la dimension d'une pièce de cinquante centimes au niveau du menton. Traitement général, cyanure en injection intra-veineuse, deux centigrammes tous les deux jours.

Le groupe de papules agminées du menton est traité localement par injection de 1 centimètre cube de cyanure stovaïné isotonique à 1/2000, tous les deux jours. Après quatre injections le groupe de papules qui formait un relief très marqué, est réduit à l'état de macule pigmentée sans infiltration ;; les autres éléments, non traités localement, n'ont pas encore perdu leur infiltration et ont à peine pâli.

Le 20 mars, après 10 injections intraveineuses de cyanure, les papules, non soumises au traitement local, n'ont pas encore perdu leur infiltration ; la macule pigmentée du groupe traitée est presque invisible.

OBSERVATION XIII.— *Ulcération syphilitique du front.*— M. P., 29 ans. Syphilis en 1899 traitée régulièrement pendant

5 ans par des pilules. En novembre 1907, gomme de la langue qui disparait après 12 injections de calomel.

Le 5 janvier, apparition à 5 travers de doigt au-dessus de l'arcade sourcilière d'une ulcération profonde, à contour polycyclique, à bords réguliers, à pic, profonde, à fond séro-purulent, très infiltrée à la base; le malade prend 6 grammes d'iodure jusqu'au 25 janvier; on institue alors le traitement local par injection de 1 centimètre cube de biiodure à 1 pour 3000 en même temps que le traitement général par injection intraveineuse de 2 centigrammes de cyanure. Le 1er février, après 3 injections intraveineuses et 3 injections locales, l'ulcère est complètement comblé et cicatrisé. Pas de récidive, le 30 mars le traitement général par l'huile grise a été institué.

OBSERVATION XIV.— *Syphilides papuleuses de la face.*— Mme H. B., 23 ans, salle Cullerier, No. 27.

Roséole en décembre 1907, aucun traitement. En mars 1908, entre avec des papules profuses de la face datant de trois semaines et des plaques muqueuses buccales.

Traitement général par le cyanure intraveineux 2 centigrammes tous les deux jours. On traite localement un groupe de papules du menton particulièrement saillantes. Trois injections de 1 centimètre cube de la solution de cyanure stovaïné isotonique à 1/2000 réduisent en six jours ce groupe à l'état de macule pigmentée, sans infiltrat, qui se développe rapidement. Les autres papules avaient durant ce temps seulement perdu un peu de leur infiltration.

OBSERVATION XV.—*Ulcération leucoplasique de la langue.*— Mme S. J., 67 ans salle Vidal No. 1.

Syphilis en 1867, soignée par trois mois d'ingestion de pilules. Quelques cures iodurées depuis. La lésion actuelle a débuté en septembre 1907, par une petite ulcération sur une plaque de leucoplasie datant de 3 ans. On pense à une ulcération dentaire, mais l'extraction de la dent incriminée n'amène aucune amélioration.

Le 22 février 1908. La malade présente sur la face dorsale de la langue, près du bord gauche, en regard de la pre-

mière molaire arrachée, une petite ulcération. Le contour est régulier, triangulaire à angles nets, chaque côté ayant environ 8 millimètres. Bords nets formés d'un sillon rouge vif, taillé à pic pour deux des côtés, en pente douce pour le troisième. Le fond de l'ulcère est au même niveau que le reste de la muqueuse linguale, recouvert d'une membrane diphtéroïde. Celle-ci enlevée on découvre une surface mate, régulière. Autour de l'ulcération, plaque leucoplasique lui faisant une base indurée. On trouve d'autres plaques leucoplasiques aux commissures. Pas d'adénopathies.

La malade a eu sans résultat, 7 injections de 1 centigramme de biiodure et 7 injections d'huile grise à 7 centigrammes par injection.

Le 28 février, injection dans la langue, sous l'ulcère de 1 centimètre cube de cyanure à 1/2000, isotonique et stovaïné: aucune douleur. Le 1er mars nouvelle injection; quelques heures après réaction inflammatoire. On craint un abcès .

Le 3 mars, le nodule inflammatoire est très affaissé, indolore, sans sensation de tension. L'ulcération est très modifiée. Elle est transformée en une érosion superficielle, nettement limitée, sans sillon périphérique. C'est une pastille brillante, blanc jaunâtre disposée sur une muqueuse plane et mate. Le 9 mars la cicatrisation est complète.

Observation XVI.—*Syphilome tuberculeux du nez.*—Mme B., 52 ans, salle Vidal, No. 2. Syphilis méconnue, 14 grossesses.

La malade entre à l'hôpital pour une lésion qui a débuté il y a onze mois par un petit tubercule sur base érythémateuse et indurée au niveau de l'aile gauche du nez. La tache érythémateuse s'est étendue progressivement sur toute la racine de nez.

Le 22 octobre 1906, on constate une tache érythémateuse étendue sur les deux versants de la racine du nez. Cette tache à bords nets, polycyclique, nettement infiltrée. On y note plusieurs tubercules croûteux.

On fait 3 injections intraveineuses de cyanure qui amènent une améloration notable, mais une diarrhée sanglante oblige à interrompre ce traitement auquel on joignait l'iodure. L'iodure cessé, à cause d'accidents iodiques, 5 injections locales de 1/2

centimètre cube de biiodure à 1/3000 amènent une guérison presque complète.

On institue le traitement de fond par l'huile grise et la malade sort guérie.

RESUME

Les résultats que nous avons obtenus dans les cas rapportés ici nous paraissent démontrer nettement l'action du traitement local des syphilides par les injections mercurielles à un titre peu élevé.

En effet tantôt nous avons employé uniquement le traitement local, dont l'action s'est trouvée nettement démontrée de ce fait, tantôt nous l'avons associé au traitement général. Mais dans ces derniers cas nous avions presque toujours des lésions témoins qui nous ont permis de voir quelle était, dans la guérison des éléments traités, la part du traitement local.

Nous pensons donc que cette méthode donne des résultats satisfaisants, du moins avec la technique que nous avons employée. Ce sont surtout les ulcérations qui seront traitées avec avantage. Rapidement elles se comblent, leur épidermisation est plus lente à se faire.

Les papules et tubercules sont également rapidement modifiés. Ils se flétrissent, se dessèchent, se couvrent d'une croûtelle cornée qui est ensuite éliminée par éviction: on les dirait chassés de la profondeur vers la superficie tant ils perdent vite leur infiltration.

Nous croyons donc que cette méthode de traitement—dans les conditions bien déterminées que nous avons énoncées plus haut—est appelée à rendre de réels services, qu'elle n'a aucun inconvénient, et qu'il y a lieu d'y recourir à l'occasion. Elle permettra dans des cas où vraiment on désespère d'atteindre la guérison, des améliorations rapides et définitives de la lésion locale.

Dans tous les cas elle aidera puissamment le traitement hydrargyrique général sans augmenter de façon appréciable la dose de mercure contenue dans la masse totale des humeurs de l'organisme.

DES CONJONCTIVITES

—

Les infections de la muqueuse conjonctivale constituent une [illegible] proportion des affections oculaires. Comme la plupart [illegible] maladies dont la transmission se fait par contamination [illegible], il est facile de comprendre le rôle important du médecin [illegible] la limitation de ces affections.

Il est bien difficile de classifier les conjonctivites. Pendant [illegible] ngtemps on s'est contenté de les diviser en catharrales, [illegible] ntes et pseudo-membraneuses. Cette division incomplète [illegible] rand inconvénient de comprendre dans un même groupe des [illegible] ies fort différentes. Aujourd'hui quelques auteurs tels [illegible] Morax (ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière) classi[illegible] les conjonctivites d'après leur étiologie. Sans doute cette [illegible] fication basée sur l'examen bactériologique de la sécrétion [illegible] être la plus rationnelle. Mais comme dans la pratique [illegible] le très souvent cet examen ne peut être fait, et que souvent [illegible] même dans un service hospitalier, cet examen soigneusement fait ne revèle la présence d'aucun micro-organisme [illegible] ant amener une inflammation de la conjonctive, je crois que pratiquement il vaut mieux pour les besoins de l'étude s'en rap[illegible] r à une division basée sur les caractères anatomo-cliniques des conjonctivites. C'est là la division adoptée par l'un de nos [illegible] le Dr F. Terrien (ophtalmologiste de l'Hôpital des En[illegible] Malades, Paris). " Il vaut mieux, dit-il, s'en tenir aux caractères anatomiques et cliniques, les seuls qui ne fassent jamais défaut et qui permettent une classification rationnelle "

Suivant l'intensité et la durée des phénomènes inflammatoires nous pouvons diviser les conjonctivites en deux grands groupes A° Aiguës B° Chroniques.

A° *Conjonctivites aiguës* : Les caractères essentiels à toute

conjonctivite peuvent se résumer à deux 1° Infection de la muqueuse et sécrétion plus ou moins abondante.

D'après la nature de la sécrétion nous pouvons diviser les *conjonctivites aiguës* en catharrales, purulentes et pseudo-membraneuses.

1° Conjontivite Catharrale.

Nous prendrons comme type la conjonctivite à bacilles de Weeks qui est de toutes les conjonctivites catharrales de beaucoup la plus fréquente : 70 pour cent. D'ailleurs dans toutes les conjonctivites catharrales qu'elles soient causées par le bacille de Weeks, le diplo-bacille, le pneumocoque ou le bacille de Pfeiffer, le traitement est le même.

Cause : Sans cause occasionnelle ou à la suite d'une irritation quelconque favorisant le développement des bacilles de Weeks lesquels mis au microscope apparaissent sous forme de petits batonnets rigides se réunissant en amas.

Symptômes.—Physiques : Injection vasculaire de la conjonctive donnant une teinte rosée à la muqueuse. Très prononcée sur la conjonctive palpébrale cette injection va en diminuant à mesure qu'on se rapproche du limbe scléro-cornéen. Secrétion purement catharrale plus ou moins abondante et se traduisant parfois par de simples filaments blanchâtres dans le cul-de-sac inférieur.

Subjectifs : Le malade accuse une démangeaison, une cuisson, difficulté à voir la lumière surtout la lumière artificielle ; inaptitude au travail. Quelquefois le malade se plaint d'avoir les yeux collés au réveil.

Marche : Unilatérale au début l'inflammation devient toujours bilatérale dans les 48 heures qui suivent. Au bout de deux ou trois jours la sécrétion augmentant s'agglutine à la base des cils et c'est ce qui fait que les paupières sont collées le matin au réveil. Cette affection dure de deux à trois semaines et guérit sans laisser de traces généralement ; de même qu'il est très rare de voir survenir des complications du côté de la cornée.

Il ne faut pas oublier que cette conjonctivite est très contagieuse et par conséquent peut causer de véritables épidémies dans les écoles.

Diagnostic : Le diagnostic différentiel à faire avec l'iritis est très facile. L'iritis en effet donne des douleurs péri-orbitaires très fortes et il y a injection péri-kératique qui diffère de l'injection conjonctivale en ceci que la première va en augmentant vers la limite et atteint là son maximum tandis que la seconde s'atténue de plus en plus à mesure qu'elle se rapproche du limbe.

Traitement : D'abord et avant tout : pas de bandeau. Ceci est pour toutes les conjonctivites. Proscrire absolument le bandeau. Je ne sais trop à quoi cela est dû ; une personne a-t-elle une inflammation oculaire si faible qu'elle soit, infailliblement vous la verrez arriver à votre bureau la tête enveloppée premièrement d'un mouchoir et pardessus un châle immense quelquefois lui faisant deux ou trois fois le tour de la tête. Donc pas de bandeau car l'occlusion complète de l'œil exagère la secrétion anormale dans laquelle pullulent les micro-organismes. Et cette secrétion étant ainsi constamment en contact avec la cornée peut amener des complications sérieuses.

On recommandera seulement le port de verres fumés.

Ordonner au malade de faire trois ou quatre fois par jour des applications d'eau bouillie tiède. Il se met au-dessus d'un bassin quelconque renfermant cette eau bouillie et au moyen d'un morceau de coton hydrophile bien imbibé de cette eau il fait des applications pendant une dizaine de minutes.

Le médicament de choix est le sulfate de zinc de 1 à 2 pour ...

R Sulfate de zinc 0.10 à 20 centigrammes
Eau distillée... 10 grammes.

En mettre deux gouttes dans chaque œil matin et soir et pendant 15 jours au moins.

De grâce ne mettez pas d'atropine.

Excessivement nombreux sont les médecins qui ne peuvent voir la moindre inflammation oculaire sans prescrire immédiatement de l'atropine. On semble ignorer complètement combien

est dangereux ce médicament pour quiconque ne sait pas s' servir. L'atropine a fait plus d'aveugles qu'on ne le pense.

Dans les cas les plus sévères on aura recours au nitra d'argent à 1 pour 100 en application faite par le médecin av un petit tampon de coton fixé au bout d'une petite tige. On pe répéter la cautérisation 3 ou 4 jours de suite.

2°. CONJONCTIVITE PURULENTE

Dans la très grande majorité des cas la conjonctivite pur lente reconnait pour cause unique le gonocoque.

Conjonctivite blennorrhagique du nouveau-né.

L'infection toujours d'origine exogène ici, se fait lors passage de la tête de l'enfant dans le canal cervico-vaginal soui de pus blennorrhagique : c'est le mode de contamination direc Ou bien le pus est apporté à l'œil par les doigts de l'accouche ou par les linges souillés par la sécrétion vaginale : contan nation indirecte.

Symptômes : L'affection presque toujours bilatérale débu du 2ième au 4ième jour après la naissance et se traduit par présence d'une sécrétion anormale sur le bord des paupière Si on ouvre on voit apparaitre une goutte de pus jaunâtre. L conjonctives sont rouges, tuméfiées et il est très difficile de vo la cornée à cause de la conjonctive palpébrale supérieure qui luxe facilement et qui vient se mettre en contact avec la conjon tive palpébrale inférieure qui fait un bourrelet. Les jours suivan la sécrétion augmente beaucoup et coule sur la joue. L'œdème la paupière supérieure devient énorme, ce qui rend très diffic l'ouverture de l'œil. L'œil est très douloureux. Le gangli pré-auriculaire est engorgé.

Marche : Après quelques jours seulement la maladie attei son apogée, alors les paupières se dégonflent et une sécréti purulente abondante s'établit. Après deux ou trois semaines sécrétion se tarit peu à peu et la maladie guérit dans un espace temps variant entre 4 à 10 semaines à moins que des complic tions cornéennes ne viennent entraver la marche de la guériso

Complications : La complication de beaucoup la plus fréquente est l'ulcération cornéenne, qui débute par une petite ulcération siégeant généralement à la partie inférieure du limbe, et aboutit bientôt à la perforation cornéenne ; qui plus tard guérira en laissant un leucome adhérent ou un staphylome cornéen plus ou moins etendu.

Très rares sont les complications du côté du cristallin.

Prophylaxie : Dans tous les cas où la mère a présenté des signes manifestes de blennorrhagie on aura recours à la technique de Credé. Elle comprend la désinfection du vagin avant l'accouchement ; et après la naissance, lavage des yeux de l'enfant avec du coton hydrophile imbibé d'eau bouillie et instillation d'une goutte d'un collyre au nitrate d'argent à 2%.

Traitement : Le traitement classique d'aprés tous les auteurs est la cautérisation au nitrate d'argent à 2%, une fois par jour. On saisit la tête de l'enfant entre les deux genoux ; pendant qu'une autre persone assise en face le tient couché sur le dos. On enlève la sécrétion avec un tampon de coton puis entr'ouvrant ensuite les paupières on instille deux gouttes du collyre ; on laisse les paupières se refermer et on enlève avec du coton l'excès de nitrate qui s'écoule par la fente palpébrale.

Toutes les heures des lavages à l'eau bouillie devront être faits. Il faut surveiller et cesser les cautérisations si on s'aperçoit qu'elles causent un eschare trop considérable.

Au fur et à mesure que la suppuration devient moins abondante on diminue la dose de nitrate d'argent qu'on peut même remplacer par une solution d'argyrol à 10 pour 100.

S'il se produit une ulcération de la cornée on aura recours aux instillations d'atropine à ½ pour cent ; une goutte dans chaque œil tous les jours.

La présence de complication cornéenne ne contre-indique pas l'emploi du nitrate d'argent.

Je ne parle pas du traitement ultérieur des complications ressort du médecin spécialiste.

Quant à la conjonctivite blennorrhagique de l'adulte elle ne diffère de celle du nouveau-né que par son origine ; c'est-à-dire qu'elle peut être causée par le gonocoque apporté par les doigts ou des linges souillés ; ou encore apparaître comme une compli-

cation de la blennhorrée; localisation oculaire au même titre qu
les arthrites, etc., etc.

Les symptômes sont les mêmes mais seulement beaucou
plus accentués.

Pour le traitement comme l'affection est presque toujo
unilatérale on devra protéger l'autre œil avec un verre de montr
maintenu par des bandes de diachylon.

Le pronostic et les complications sont toujours très graves.

3° *Conjonctivite pseudo-membraneuse.*

Le type caractéristique de cette affection est la conjonctivite diphtérique déterminée par le bacille de Klebs-Loefler.

Elle se rencontre de préférence chez l'enfant de un à 5 ans et exceptionnellement chez le nouveau-né ou l'adulte. Très rarement primitive elle vient généralement compliquer une conjonctivite à streptocoques ou à pneumocoques et accompagne souvent une diphtérie nasale.

Symptômes: Nous devons d'abord considérer la forme légère ou superficielle et secondement la forme grave ou profonde.

I. *Forme légère*: Au cours d'une fièvre éruptive apparaissent des symptômes de conjonctivite légère; mais dès le lendemain apparait un symptôme capital, c'est l'œdème des paupières et surtout de la paupière supérieure; œdème faisant disparaître le sillon orbito-palpébral supérieur; cependant la sécrétion lacrymale est relativement peu considérable. En retournant les paupières ou simplement en les entr'ouvrant on voit une fausse membrane d'un blanc grisâtre qui, se laissant enlever facilement avec un petit tampon de ouate, laisse voir une muqueuse rouge et saignante. Ces fausses membranes se reproduisent très vite, en vingt-quatre heures. Malgré cet état local les symptômes généraux sont peu accentués dans cette forme légère qui, bien traitée, guérit facilement dans peu de temps à moins qu'elle se transforme en forme grave. Il y a peu ou pas d'engorgement du ganglion pré-auriculaire.

II. *Forme grave*: Ici les symptômes atteignent en vingt quatre heures leur maximum. Œdème très accentué des pau-

pières; les sécrétions lacrymales sont considérables; en ouvrant les paupières avec difficulté on trouve un chémosis très accusé; des fausses membranes en grande quantité qui adhèrent très fortement à la muqueuse. Les ganglions pré-auriculaires et sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux.

L'état général est mauvais, l'enfant est abattu; la température est élevée et l'adynamie profonde. Après quelques jours les paupières deviennent plus souples et il s'établit une suppuration abondante. La maladie peut alors guérir sans laisser de traces ou bien elle passe à la période de cicatrisation pendant laquelle période surviennent des complications.

Complications: Les plus importantes sont celles qui surviennent du côté de la cornée qui s'exfoliant peu à peu devient opaque sur une étendue plus ou moins grande et amène ainsi une perte complète de la vision.

On peut aussi voir des brides cicatricielles amenant des adhérences entre les conjonctives bulbaires et palpébrales (symblepharon); ou encore le dessèchement de la muqueuse (xérosis).

La maladie peut aussi s'étendre au nez ou à la gorge.

Diagnostic: Le diagnostic est assez difficile. On se basera sur l'ensemble des symptômes, leur marche rapide, l'œdème des paupières, l'âge du sujet, l'état général, la fièvre très accentuée, la présence de fausses membranes dans le nez et enfin, la diphtérie existant dans le voisinage. Pour faire un diagnostic sûr il faut absolument avoir recours à l'examen bactériologique des fausses membranes. Si l'on ne peut pas y recourir, il sera prudent, en cas de doute, de faire l'injection de sérum.

Prophylaxie: Isolement du malade et injection de 10 c. c. de sérum à toute personne faisant partie d'une famille où il y a de la diphtérie.

Traitement: D'emblée injecter 20 c. c. de sérum antidiphtérique. Le lendemain si le diagnostic est certain et qu'il n'y a pas amélioration on fera une seconde injection. Ces injections se font dans le tissu cellulaire sous-cutané au niveau de l'abdomen.

Comme traitement local on protégera la cornée au moyen d'un corps gras (vaseline neutre additionnée d'iodoforme). D'heure en heure appliquer des compresses d'eau bouillie tiède. Bandeau hermétique sur l'autre œil s'il n'est pas malade.

Deuxième groupe: Conjonctivites chroniques

Ce groupe comprend: 1° l'hyperhémie de la conjonctive; 2° la conjonctivite phlycténulaire; 3° la conjonctivite folliculaire et 4° la conjonctivite granuleuse ou trachome.

1° *Hyperhémie de la conjonctive.*

C'est une vascularisation anormale et souvent très prononcée de la conjonctive sans sécrétion.

Symptômes physiques: Injection vasculaire d'intensité variée mais surtout marquée au niveau de la portion palpébrale. La muqueuse présente un aspect villeux. Quelquefois il y a de la blépharite, (inflammation du bord libre des paupières.)

Symptômes fonctionnels: Démangeaison, sensation de corps étranger et sécheresse de l'œil, larmoiement, difficulté à supporter la lumière surtout la lumière artificielle. Le matin, les paupières semblent moins mobiles et le malade a de la peine à ouvrir les yeux. C'est là un symptôme presque constant.

L'affection est chronique et de durée très variable.

Causes: Toute irritation locale, poussière, séjour dans un air vicié, corps étranger de la conjonctive, les affections des paupières, de l'appareil lacrymal et des membranes profondes de l'œil. Elle peut être encore déterminée par des efforts d'accomodation dus à un mauvais éclairage ou à des vices de réfraction.

Traitement: Avant tout supprimer la cause:— corps étrangers, correction des vices de réfraction, hygiène générale, régime sévère pour combattre les troubles gastriques qui en sont souvent la cause. Comme traitement local, port de verres fumés, application matin et soir de compresses d'eau bouillie tiède. Instillation 3 f. p. j. d'un collyre au sulfate de zinc à 1%.

2° *Conjonctivite phlycténulaire.*

Inflammation localisée et circonscrite, essentiellement caractérisée par l'apparition d'une ou plusieurs phlyctènes (petite élevure solide de la grosseur d'une tête d'épingle). Ces phlyctènes siégeant de préférence au niveau du limbe peuvent aussi se trouver sur la conjonctive bulbaire ou sur la cornée ou même sur les deux à la fois; d'où le terme plus approprié de kérato-conjonctivite phycténulaire.

Symptômes objectifs: Une petite élévation grise apparait sur la conjonctive légèrement hyperhémiée à cet endroit. L'injection vasculaire à sommet dirigé vers le centre de la cornée. Si la phlyctène siège sur la cornée, il persiste souvent une petite taie après guérison.

Symptômes fonctionnels: Deux caractéristiques: *la photophobie* (difficulté ou impossibilité de voir la lumière) et *larmoiement*. L'attitude seule du petit malade est suffisante pour permettre le diagnostic. L'enfant se présente à la clinique la tête baissée et cachée bien profondément dessous le bras de sa maman, de manière à ne pas voir du tout la lumière. Les paupières sont fortement contractées; et si on cherche à les écarter on n'y arrive que très difficilement parce que l'enfant se débat et alors un flot de larmes s'échappe et coule sur sa joue.

Durée: L'évolution de la phlyctène dure deux à trois semaines; mais les récidives sont la règle et l'affection peut alors durer des mois des années.

Etiologie: Cette affection sans contredit la plus fréquente de toutes les affections oculaires et n'ateignant que les jeunes enfants s'observe surtout dans la classe pauvre et chez les sujets *scrofuleux*. Les sujets atteints présentent presque toujours en même temps des adénites sous-maxillaires et cervicales, de l'eczéma de la pétuitaire, de l'empétigo de la face et du cuir chevelu. Le terrain scrofuleux paraît être une condition presqu'indispensable à son développement. Cette conjonctivite n'est pas contagieuse.

Diagnostic: Il ne présente aucune difficulté. On se rap-

pellera que l'affection se rencontre surtout sur les sujets scrofuleux et d'ailleurs la seule attitude de l'enfant fera le diagnostic.

Traitement: Local: Instillation d'un collyre faible à l'atropine:

Sulfate neutre d'atropine	0.03 ctgrammes
Eau distillée	10 grammes

En instillatiion tous les deux jours.

L'atropine n'est pas employée ici pour prévenir les complications iriennes, mais pour mettre l'œil au repos en empêchant l accomodation et calmer ainsi les douleurs.

On introduira en outre une fois par jour entre les paupières un peu de la pommade suivante:

Vaseline pure	10 grammes
Oxyde jaune d'hydrargyre fraîchement précipité	0.30 ctgrammes

On introduit cette pommade entre le paupières et on fait un léger massage.

Traitement général: Importance capitale. L'enfant doit être fortifié, prendre de l'huile de foie de morue ou du sirop iodotannique, etc., etc.

A l'Hôtel-Dieu comme traitement de l'impétigo de la face, on sauce la tête de l'enfant deux ou trois fois (face en bas) tous les matins dans un grand bassin d'eau froide. Ce traitement agit merveilleusement dans tous les cas.

3° *Conjonctivite folliculaire.*

Caractérisée par l'apparition de granulation d'un gris rougeatre sur la conjonctive au niveau du *cul-de-sac inférieur*. Ces granulations sont petites mais souvent nombreuses et disposées en rangées linéaires.

Etiologie: Affection de l'enfance et de l'adolescence, reconnaissant pour causes toutes les affections qui retentissent sur le système lympathique. Comme causes locales, toutes irrita-

tions chroniques de la conjonctive et vices de réfraction, surtout l'astigmatisme. En pareil cas il faut donc corriger soigneusement la réfraction.

Traitement: Supprimer la cause, applications fréquentes de compresses chaudes et attouchements au crayon d'alun. Traitement fortifiant général chez les lymphatiques.

4° *Conjonctivite granuleuse: Trachome...*

Caractérisée par des granulations siégeant dans le *cul-de-sac supérieur*.

Affection heureusement très rare dans notre pays. En effet en 6 ans dans le service de l'Hôtel-Dieu de Québec nous n'en avons rencontré que 20 cas au plus. Cette affection très contagieuse et très difficile à guérir n'envahira jamais notre pays grâce aux lois de l'immigration qui font que tout émigré porteur de cette maladie se voit invariablement refuser l'entrée au Canada.

Voilà pourquoi je ne vois pas l'utilité de parler de cette affection qui est un fléau chez les populations égyptiennes surtout

Dr. Jos. Vaillancourt.

ADENITE BACILLAIRE TRAITEE ET GUERIE PAR LES RAYONS X.

Par le Dr. PAUL CHARLES PETIT (de Paris), Directeur de la Gazette Electrique.

—

Le 20 juillet 1907 se présente à ma consultation une jeune fille de 20 ans, adressée par mon confrère et ami le Dr Monscourt (de Paris). L'aspect extérieur de la malade n'a rien de spécial. Elle est très grande, très brune, très maigre. Je remarque cependant que les pommettes présentent cette coloration rose vif, qui contraste avec le reste du visage, signature fréquente d'un organisme débile et prédisposé à la bacillose. Cependant l'auscultation est muette. Les fonctions générales sont parfaites.

Cette jeune fille vit à l'âge de huit ans se développer une adénite faciale droite qui a évolué vers la suppuration et s'est ouverte laissant après elle une fistule et une cicatrice à demi vicieuse. En juin dernier, cette fistule, presque sèche à l'ordinaire, s'est mise à suppurer plus abondamment. Le Dr Monscourt qui la soigne pour de l'ozène, me prie de traiter l'adénite. Bien entendu tous les traitements médicamenteux ordinaires ont été copieusement utilisés sans résultat.

Lorsqu'on regarde la malade par arrière ou de profil, on voit fort nettement au niveau du mal une surélévation locale. La ligne de la joue, très courbée du côté sain, est brisée du côté malade avec un angle saillant en dehors. A la palpation, on sent sur la fistule une masse dure mal délimitée, de la grosseur d'une grose noix. En arrière de cette masse et remontant vers l'oreille, quatre ou cinq amas ganglionnaires encore libres.

Nous avions là réunis tous les stades de l'adénite froide. Je fais la première irradiation de la façon suivante. Le visage est protégé par une feuille de plomb percée d'un trou au niveau de la fistule. La malade est à quinze centimètres de l'ampoule. Les rayons employés sont moyennement pénétrants, du No 5 au radio-

chromomètre de Benoit. L'étincelle équivalente est de 6 centimètres. L'installation comprend une bobine de 35 centimètres actionnée par une interruption Contremoulins-Gaiffe, le tout branché sur un secteur de ville continu à 110 volts. Les dernières séances ont différé en ce que l'interrupteur était un Wehnelt, le reste de l'installation restant identique. L'ampèremètre du primaire a marqué chaque fois six ampères, le milliampèremètre du secondaire marquait 1 milliampère. Dans ces conditions, les séances ont duré un quart d'heure et se sont renouvelées chaque samedi.

Je remarque après les premières que la fistule est recouverte d'une croute d'un gris de souris, débordant les bords de celle-ci et très épaisse; la suppuration a donc augmenté. En soulevant la croute on voit le trajet de la fistule plein d'un liquide jaune, peu épais que j'enlève avec un bourdonnet d'ouate. Je me rends ainsi compte que ce trajet est plus profond que je ne le pensais.

Après trois séances la suppuration est tarie, mais le trajet persiste encore. La masse profonde sous-fistuleuse régresse doucement. Ces trois séances ont eu lieu les 20 et 29 juillet et 17 août.

Le 24 août, 4ème séance. Les autres vont se suivre régulièrement chaque semaine. On remarque bientôt que la masse se fragmente et l'on sent de petits corps durs rouler sous le doigt.

A la 8ème séance, la fistule est tarie sans aucune cicatrice. La peau n'est pas encore souple, mais la masse ayant presque disparu la partie fistuleuse au lieu d'être saillante, semble au contraire s'enfoncer.

Après 14 séances on peut dire que les masses ganglionnaires libres ont diminué. Le traitement s'est en somme terminé avec l'année 1907; et en fin de décembre il ne reste plus qu'une mince pellicule grise et quelques petits ganglions sous-jacents. Une séance est faite en janvier, et une autre en février. Je viens de voir la malade (8 juin) la guérison est parfaite. Aucune trace des ganglions sous-jacents; à la place de la fistule, une petite trace un peu enfoncée à peine plus rose que le reste de la joue et c'est tout.

On peut étiqueter ce cas guérison. Je l'ai en effet suivi très régulièrement et la guérison s'est faite lentement faisant bien voir

l'effet des rayons. On peut résumer celui-ci de la facon suivante :

Les premières séances ont plutôt augmenté la petite suppuration existante, mais ce dernier effet n'a pas tardé à disparaitre. La masse profonde s'est ensuite fragmentée pour devenir polyganglionnaire. Puis la cicatrisation s'est faite progressivement, les ganglions enfin ont disparu. Il est hors de doute qu'il m'eut fallu beaucoup moins de séances pour la cicatrisation seule : mais j'ai voulu d'accord d'ailleurs avec la malade, faire disparaitre la masse profonde.

Tous les auteurs qui ont signalé des guérisons d'adénites tuberculeuses sont d'accord sur ce sujet Bergonié l'a très expressément indiqué dans ses intéressants travaux ; Barjon à son tour écrit ces lignes : "L'action se porte tout d'abord sur la gangue de périadénite qui entoure les amas ganglionnaires et les agglomère en une seule masse. Cette gangue disparait vite et les ganglions s'individualisent. A ce ... de la régression devient plus lente, les petites tumeurs diminuent peu à peu de volume, durcissent, deviennent fibreuses et bientôt disparaissent, tantôt laissent une sorte de résidu fibreux, dur, roulant sur le doigt, qui finit ordinairement par disparaitre après quelques mois.

C. Roederer dans sa thèse (1907) écrit encore : "Diminution considérable de la masse ganglionnaire par la disparition de la péri-adénite, division de l'induration en lobules plus ou moins séparés, diminution de volume de ces lobules, puis persistance des nodules fibreux ou même régression totale complète beaucoup plus rare ".

Dans notre cas, nous avons été assez heureux pour voir disparaitre entièrement la masse profonde. Il nous a semblé utile de relater ce cas en raison de cet heureux résultat comme aussi en raison du résultat esthétique absolument parfait.

LES HEMATIES GRANULEUSES DANS LES ICTERES DE L'ADULTE

N. Fiessinger, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris,
et P. Abrami, interne des hôpitaux de Paris.

—

Les recherches de MM. Chauffard, Widal et leurs élèves ont établi l'existence, à côté des ictères d'origine hépato-biliaire, d'ictères hémolytiques, relevant d'une destruction anormale et exagérée des globules rouges. Ces ictères hémolytiques sont caractérisés au double point de vue clinique et hématologique, par des réactions entièrement différentes de celles des ictères hépatiques. Cliniquement, ce sont des ictères splénomélagiques, acholuriques avec coloration normale des matières, et dans lesquels comme l'un de nous l'a montré avec MM. Widal et Brulé, on n'observe jamais le moindre signe d'intoxication biliaire, malgré la durée parfois indéfinie de la jaunisse. Hématologiquement ces ictères sont caractérisés par un syndrome absolument spécial, et qui révele leur nature hémolytique. C'est tout d'abord la *fragilité globulaire* que M. Chauffard a mise le premier en évidence en employant le procédé de MM. Vaquez et Ribierre pour la recherche de la résistance globulaire et que MM. Widal, Abrami et Brulé ont retrouvé au cours des ictères hémolytiques congénitaux dans l'ictère aigu de l'adulte, en employant la méthode plus sensible des hématies déplasmatisées. C'est ensuite l'existence constante d'une *anémie globulaire* plus ou moins intense, à caractères très spéciaux.

A ces stigmates hématologiques s'en ajoute un autre sur l'importance duquel nous tenons à insister. C'est la présence dans le sang, d'hématies particulières, "hématies granuleuses", qui fait défaut chez les ictériques d'origine hépatique.

Ces hématies granuleuses ne sont pas les "érythrocytes ponctués," signalés antérieurement dans les anémies graves par MM. Sabrazès, Bouret et Léger. Les auteurs coloraient leurs gra-

nulations après fixation préalable du sang. *Les hématies granuleuses sont au contraire invisibles après fixation et il n'est possible de les observer qu'après coloration vitale ou quasi-vitale du sang.*

TECHNIQUE.—Deux procédés en effet peuvent être mis en usage pour déceler dans le sang ces hématies granuleuses; la coloration quasi vitale par la pyronine, à l'aide du réactif de Peppenheim; la coloration vitale à l'aide des bleus basiques.

I. *Coloration par la pyronine.*—C'est à l'aide de ce procédé que l'un de nous, avec M. Chauffard, a découvert ces hématies granuleuses chez des malades atteints d'ictère hémolytique congénital. La technique que nous indiquons permet en quelques minutes d'obtenir la coloration de ces éléments.

Le sang, étalé sur lames en couche très mince, est séché rapidement par agitation et non fixé. On dépose alors sur la préparation une goutte de réactif de Pappenheim (pyronine, vert de méthyle); et la préparation recouverte d'une lamelle peut être examinée immédiatement à l'aide de l'objectif à immersion. Il faut avoir soin de rechercher surtout les lésions où les hématies, ayant perdu leur hémoglobine sous l'action du liquide colorant, aparaissent presque incolores réduites au contour de leur membrane d'enveloppe. Au milieu de ces sortes d'ombres globulaires, qui représentent les globules rouges normaux, on en voit dont le protoplasma renferme un nobmre plus ou moins considerable de granulations arrondies, fortement teintées en rouge par la pyronine. Ce sont les hématies granuleuses. Les granulations qu'elles contiennent se montrent parfois si nombreuses que l'hématie, qui en est bourrée, apparait tout d'abord uniformément colorée en rouge, tranchant ainsi sur les hématies normales voisines, qui sont incolores; mais une mise au point exacte montre que le protoplasma de l'hématie granuleuse est parsemé d'un véritable semis de petits points rouges sur lequel se détachent quelques granulations plus volumineuses. En d'autres points, le nombre des granulations est beaucoup moindre, et on les voit alors, le plus souvent, groupées à la périphérie du globule rouge, dont le centre est habituellement incolore.

La plupart des hématies granuleuses observées dans ces

conditions présentent un taille supérieure à celle des globules normaux.

Cette coloration par la pyronine est une coloration *quasi-vitale*. Elle ne peut en effet s'effectuer que sur le sang frais, simplement séché; la fixation préalable des preparations, même lorsque le sang renferme un grand nombre d'hématies granuleuses, ne permet plus en effet d'en découvrir une seule.

Extrêmement précieuse par sa grande simplicité et sa rapidité, la technique précédente a cependant l'inconvénient de ne point permettre la conservation des préparations au delà de trente-six à quarante-huit heures en général, les hématies sont altérées, et les lames ne peuvent plus servir à l'examen.

II *Coloration vitale par les bleus basiques.*—L'un de nous, avec MM. Widal et Brulé, a montré que ces hématies granuleuses mises si facilement en évidence à l'aide du réactif de Pappenheim, présentaient en même temps une très grande affinité pour les colorants basiques.

Voici quelle est la tchnique que nous avons préconisée:

Il suffit de placer une gouttelette de sang, entre lame et lamelle; il faut prendre soin que la goutte soit suffisamment petite qour qu'une fois étalée, sa périphérie n'affleure pas sur les bords de la lamelle. On dépose alors, à la périphérie de la préparation, une goutte d'un bleu basique dilué (bleu de Unna) étendu de quatre fois son volume d'eau physiologique à 9 p. 100; dilué de même dans 10 fois son volume d'eau physiologique, etc. Le colorant gagne rapidement le centre de la préparation et, au bout de deux à trois minutes, en examinant à l'aide de l'objectif à immersion, on voit apparaitre les granulations, constellant de bleu foncé le protoplasma vert-clair des hématies.

L'inconvénient de ce procédé est de ne pas permettre la conservation des préparations, aussi préférons nous la technique suivante conseillée par MM. Widal et Brulé.

On reçoit 4 à 5 gouttes du sang à examiner dans un tube à centrifuger renfermant 2 à 3 centimètres cubes d'une solution colorante d'un bleu basique à l'isotonie, additionné d'oxalate de potasse, de façon à éviter la coagulation. Le mélange dont nous nous servons habituellement est ainsi composé:

Solution de chlorure de sodium à 9 p. 1000 ..	1 centimètre cube
Solution d'oxalate de potasse à 10 p. 1000...	1 centimètre cube
Bleu polichrome de l'Unna	10 gouttes

Le mélange du sang et de la solution colorante est laissé au repos dix minutes, puis centrifugé. On décante alors la majeure partie du liquide, en ayant soin d'en laisser un volume égal à deux fois environ celui du culot globulaire, le culot est émulsionné à l'aide d'une pipette fine, puis réparti par gouttes sur des lames; on étale ces gouttes, à l'aide d'une lame rodée absolument comme s'il s'agissait d'un étalement ordinaire de sang. Les préparations sont enfin séchées, puis fixées a la chaleur (1).

Cette technique, qui permet d'obtenir les hémat[illegible]nuleuses avec une netteté aussi grande que le procédé ext[illegible]ané, constitue certainemnt la méthode de choix pour l'étude de ces éléments. Les préparations ainsi obtenues se conservent indéfiniment; de plus, lorsque l'étalement est convenablement effectué, la numération des hématies granuleuses est des plus faciles, à l'aide de l'oculaire d'Ehrlich

Caractères des hématies Granuleuses. — Ces hématies granuleuses colorées sans fixation sanguine se distinguent par bien de leurs caractères, des hématies du saturnisme.—Les dernières, en effet, se montrent sous forme de ponctuations régulières très nettement isolées les unes des autres.—Les hématies granuleuses du sang d'ictère hémolytique semblent formées de granulations réunies les unes aux autres par un fin réseau, aux mailles plus ou moins serrées, irrégulières, dessinant par leur intrication, une masse fortement chromatique d'aspect arborescent.

Indépendamment de leurs modes spéciaux de coloration et de leur aspect particulier, ces hématies granuleuses présentent un autre caractère important tiré de leurs rapports avec la *polychromatophilie.* MM. Widal, Brulé et l'un de nous ont

(1) On peut obtenir une double coloration de ces préparations, en les soumettant, une fois séchées, à l'action d'un éosinate de méthylène tel que le colorant de Leishmann ; les granulations apparaissent alors en bleu sur fond rouge.

montré que si la coloration par les bleus basiques du sang préalablement fixé ne permettait pas de déceler les hématies granuleuses, cette technique mettait par contre en évidence une polychromatophilie très intense. Nous avons montré en outre, et le fait a été également confirmé par MM. Sabrazès et Leuret, que la proportion des hématies qui se montraient polychromatophiles sur son sang fixé correspondait sensiblement à celle des hématies qui apparaissent granuleuses par les colorations vitales.

Pour étudier dans leurs détails les rapports qui existent entre ces deux sortes d'éléments, il est nécessaire d'avoir recours à la coloration vitale telle que nous l'avons indiquée, coloration par les bleus basiques suivie de fixation. Cette technique permet en effet d'observer en même temps la polychromatophilie et la granulation des hématies; le premier de ces caractères est encore plus manifeste, si l'on prend soin de prolonger pendant un temps relativement long (une demi-heure) le contact du sang et de la solution colorante. Sur les préparations obtenues de la sorte, on voit qu'il existe un rapport très étroit entre la polychromatophilie et la granulation des hématies: la plupart des hématies granuleuses sont en effet en même temps polychromatiques, et inversement. Cependant un certain nombre d'éléments se montrent simplement polychromatophiles, de même que certaines hématies granuleuses sont orthochromatiques. Toutefois, la proportion de ces deux dernières variétés d'éléments est à peu près équivalente, et lorsqu'on effectue la numération de tous les globules rouges polychromatiques, et celle de tous les granuleux, on obtient deux chiffres le plus souvent très voisins. D'ailleurs, l'examen d'un grand nombre de sangs, normaux ou pathologiques, nous a permis de constater que, dans tous les cas où il existe la polychromatophilie des hématies, on constate en même temps la présence de globules rouges granuleux, colorables par les méthodes vitales. Il existe donc entre ces deux caractères hématologiques, des rapports très [illegible].

Valeur semeiologique dans l'ictère. — Normalement, ces hématies granuleuses font entièrement défaut chez l'adulte: un examen pratiqué avec numération ne révèle jamais un chiffre

d'hématies granuleuses qui s'élève au dessus de 1 à 2 pour 100. Aussi lorsque leur nombre augmente, est-on en droit d'en tirer un enseignement.

Askanazy, ayant recherché dans le sang de nombreux malades atteints d'ictère d'origines diverses (ictère catarrhal,, atrophie jaune aiguë, ictères chroniques, cirrhoses du foie), la présence d'érythrocytes ponctués, conclut que le sang, au cours de l'ictère, ne renferme jamais d'éléments granuleux.

Les conclusions de cet hématologiste sont de tout point exactes si l'on ne tient compte que des ictères d'origine hépatique. Au cours de tout un groupe d'ictères, les ictères hémolytiques, la présence d'hématies granuleuses est au contraire un phénomène absolument constant, et acquiert de ce fait l'importance d'un symptôme révélateur de l'affection.

Nous avons effectué de part et d'autres, avec la plus grande attention, la recherche des éléments granuleux et des érythrocytes ponctués chez 52 malades atteints des types les plus variés *d'ictère d'origine hépatique*: ictère catarrhal bénin, ictère prolongé, ictère de la colique hépathique, ictère infectieux grave, cirrhoses biveineuses, maladie de Hanot, ictère chronique, par lithiase du cholédoque et par cancer du pancréas, foie cardiaque, ictère chloroformique, ictères simples de la cholémie de Gilbert foie tuberculeux, etc. Dans aucun cas, nous n'avons noté le moindre érythrocyte ponctué, malgré des recherches souvent répétées. Jamais non plus, nous n'avons constaté une proportion d'hématies granuleuses plus forte que chez les sujets normaux.

On peut donc dire qu'au cours des ictères d'origine hépatique, aigus ou chroniques, le sang ne contient pas d'éléments granuleux. Si, dans ces affections, on voit apparaître les hématies granuleuses, c'est qu'elles sont commandées par un état pathologique surajouté à l'ictère, et indépendant de lui. C'est ainsi que chez un malade du service de M. Chauffard, atteint de cancer ulcéré prépylorique et qui fit de l'ictère comme complication terminale, le sang renfermait 3 à 6 p. 100 d'hématies granuleuses; mais le malade était atteint en même temps d'une anémie marquée, dépendant à la fois de son cancer et d'hémorrhagies gastriques et intestinales. De même chez une malade, du service de M. Widal, atteinte de cirrhose tuberculeuse avec ictère

datant de six mois, le sang ne contenait que 1 pour 200 d'hématies granuleuses, sous l'influence d'un érysipèle de la face intercurrent le nombre des globules rouges s'abaissa à 2,200,000 et ne revint à son taux normal qu'au bout de 14 jours; or pendant cette période, le nombre des hématies granuleuses s'éleva à 4 p. 100. Ces deux cas nous semblent absolument typiques; ils montrent à l'évidence que la présence d'éléments granuleux, au cours des ictères hépatiques, doit être interprétée comme un symptôme indépendant de l'ictère; dans nos observations, il était déterminé, par l'association au syndrôme hépatique, d'un état anémique secondaire.

Il n'en va pas ainsi dans les *Ictères hémolytiques*, congénitaux ou acquis. Ici, la présence d'hématies granuleuses dans le sang constitue un des stigmates hématologiques les plus importants de la maladie. Sa constance, son intensité vraiment exceptionnelle en font effectivement un symptôme de premier ordre.

Au cours de l'ictère hémolytique congénital, M. Chauffard et l'un de nous, signalent pour la première fois la présence des hématies granuleuses; elles y atteignent une proportion de 14 à 20%. MM. Widal, Brulé et l'un de nous en ont fait un symptôme constant de l'ictère hémolytique acquis ; ils ont observé des malades chez lesquels ces hématies granuleuses atteignaient le chiffre de 45 et même de 65%

C'est un symptôme non seulement *constant* mais aussi *permanent*. Il se montre toujours en même temps qu'une polychromatophilie plus ou moins intense des globules rouges et la plupart des hématies granuleuses sont en même temps polychromatophiles.

Les faits précédents montrent suffisamment de quelle importance est la constatation des hématies granuleuses au cours de l'ictère hémolytique. Certainement, l'existence possible de ces éléments, en proportions déjà anormales, chez certains ictériques qui ne sont pas des hémolytiques, prouve que la " recherche de la fragilité globulaire doit rester le criterium essentiel de la nature hémolytique d'un ictère ". Mais la présence des hématies granuleuses, en nombre très considérable n'en demeure pas moins l'un des caractères hématologiques les plus importants des ictères

par fragilité glot. laire. Il les oppose encore aux ictères par rétention, au cours desquels ces éléments n'existent pas, dans l'immense majorité des cas.

Cette opposition n'existe pas seulement en clinique, les recherches de Widal, Brulé et l'un de nous démontrent qu'en expérimentation, le sang, au cours des ictères par exclusion biliaire, ne renferme pas ces éléments, contrairement aux ictères par hémolyse artificielle, déterminés à l'aide de la toluidine diamine, et au cours desquels, le sang en contient un très grand nombre.

Nous serons bref sur la valeur significative de ces éléments qu'il nous suffise de dire que M. Jolly les considère comme des éléments altérés par une hydratation du stroma ou de la membrane; pour MM. Chauffard, Widal et leurs élèves, ce sont des éléments de rénovation sanguine que l'on retrouve dans la moëlle osseuse en recourant aux colorations avec le Pappenheim sans fixation et qui ne se montrent dans la circulation que quelques jours après la poussée hémolytique au moment où la réparation sanguine est en pleine effervescence.

CONCLUSIONS

Les hématies granuleuses ne se retrouvent que dans le sang des ictères hémolytiques et font entièrement défaut dans le sang des ictères d'origine hépatique.

Ces hématies granuleuses constituent donc un important signe différentiel en clinique humaine.

[illegible] hent non pas après fixation, mais sans fixation [illegible] coloration vitale ou quasi vitale.

Ce sont probablement des éléments de rénovation sanguine qui traduisent l'intensité d'une réparation progressive néce[illegible] par les [illegible] par hémolyse.

(Travail des services et laboratoires des Drs Chauffard et Widal à l'hôpital Cochin.)

DISCOURS SUR LES INTERETS PROFESSIONNELS... L'HYGIENE, LA MEDECINE MENTALE ET LEGALE

Albert Laurendeau, St-Gabriel de Brandon.

—

Au lieu de faire une revue du passé, de jeter un coup d'œil rétrospectif sur les branches de la médecine qui ressortissent à notre Section, j'essaierai de percevoir, de découvrir ce que sera l'avenir; puis comme conclusion naturelle de cette perspective scrutative, je soumettrai les réformes qui en découleront. Examiner ce qu'est le présent, y voir les lacunes, les défauts, c'est naturellement en chercher les réformes, et avec ce programme, nous étudierons les intérêts professionels, l'hygiène, la médecine légale et mentale dans notre pays, ou plutôt dans notre province, parce que, professionellement, nous sommes complètement séparés des autres parties du Dominion: chaque province formant un pays dans notre pays.

J'ose espérer que l'on acceptera sans trop d'étonnement les idées peut-être hardies, les projets peut-être téméraires que je vais vous soumettre: pour qui a jeté un coup d'œil sur le siècle der... l'on conviendra que l'étonnement est une émotion bien ...e à disparaitre.

Remarquez que je ne me pose ni comme prophète, ni comme ...lutionnaire, pas même comme réformateur; je veux seule... dire qui serait le mieux, c'est-à-dire, ce qui adviendra pro...ement dans un avenir plus ou moins lointain: étant donné que ... société doit progresser, sous peine de péricliter, de dispa...e.

L'étude de nos intérêts professionels est très vaste, et pour ...esurer l'étendue, il faut remonter jusqu'à notre instruction ...iere. Quand l'armée français se retira du Canada, la no..., la fortune se sont enfuies de l'autre côté de l'Atlantique à ...te du drapeau fleurdelisée; seuls le pauvre, la plèbe, attachés ...l, ou le chasseur, l'aventurier du type Fernimore Cooper,

sont restés au pays ; et de cette classe de citoyens intelligents mais à moyens d'existence précaires, il ne pouvait sortir de longtemps, des commerçants et moins encore des industriels. Aussi, voyons nous à mesure que la société se développe, notre peuple se dirige surtout dans deux seules directions : l'agriculture et les professions libérales ; c'est à l'origine, le pourquoi de l'encombrement professionel dont nous souffrons encore actuellement. Il ne pouvait être autrement avec les éducateurs qui alors ont pris la direction de ce petit peuple abandonné à ses propres et faibles ressources : le clergé ne pouvait faire autre chose que des théoriciens ; le levier de cette instruction fut la scolastique, et naturellement il ne pouvait rien sortir de très pratique de nos collèges, puis de nos universités, parce qu'ils n'ont pu se défaire de leurs tares originelles.

Tout à l'origine, vers la fin du douzième siècle, les universités furent constituées et leur principal objectif fut alors l'enseignement de la théologie et de la logique, cette dernière réputée science par excellence. Pour concourir au titre de *déterminant*, équivalent au bachelier actuel, il fallait justifier de connaissances approfondies sur Porphyre, le livre des Catégories, l'Interprétation, la Syntaxe, puis les Topiques et les Elenchis d'Aristote, etc. Et cet enseignement, vide de substance, de notions positives, était couronné par deux ans de disputes ou argumentations, soutenues sur un sujet de morale ou de métaphysique en présence des élèves. Ces cadres qui jadis ne contenaient que la logique, la dialectique, la morale, la théologie et la grammaire s'élargirent peu à peu, mais l'enseignement secondaire et universitaire conserva en Europe, en France surtout, ce cachet théorique et abstrait jusqu'à la révolution. Et nous nous ressentons encore de cette origine : malgré les modifications apportées à notre curiculum classique, notre instruction secondaire est trop littéraire et pas assez scientifique, pas suffisamment positive. La base de tout notre système éducationnel est fausse, parce qu'elle repose sur la métaphysique, sur des données a priori, au lieu de s'appuyer sur la nature, sur la science ; puis elle est déviée de sa voie naturelle, parce qu'elle persiste à bourrer la tête de nos enfants de langues mortes, de notions périmées, au lieu de leur apprendre les langues vivantes, les sciences modernes.

A quoi et à qui servent le grec et le latin ? à exercer la mémoire des enfants ? mais pourquoi ne pas choisir à cet effet d'autres connaissances plus utiles, plus pratiques : l'anglais, la géographie, l'histoire naturelle, etc., etc., mais je connais nombre d'hommes dont la mémoire est prodigieuse, qui cependant n'ont ... appris un mot de grec ou de latin. A développer leur intelligence ? Mais non seulement l'étude raisonnée, approfondie des ... les helléniques et romaines, est au dessus de leur compréhension, de leur capacité intellectuelle, mais elle est, j'oserai dire, ...rs de la portée de la généralité des hommes. " Si les langues mortes sont des connaissances instrumentales, a écrit Diderot, ce n'est pas pour les élèves, mais pour les maitres ; c'est mettre à la main d'un apprenti forgeron un marteau dont il ne peut ni empoigner le manche, ni vaincre le poids. " A former le style ? Mais Molière, mais Rousseau, même Voltaire, ne savaient pas le grec et ne possédaient qu'un très léger bagage de latin : et ici même, notre jeune poëte Lozeau, l'un des plus pur styliste français, de l'avis de Stephane Servant, ignore la langue d'Homère et celle de Virgile. Au reste, combien de nos bacheliers possèdent encore ces deux langues, deux ou trois ans après leur sortie du collège ?

Enfin, je demanderai avec un encyclopédiste : " A qui ces langues anciennes sont-elles d'une utilité absolue ? " J'oserais presque répondre : à personne, si ce n'est aux poëtes, aux érudits et aux autres classes de littérateurs de profession c'est-à-dire, aux états de la société les moins nécessaires. Je me suis toujours demandé pourquoi l'on enseignait le grec, aux fins de faire des littérateurs qui jamais ne dépasseront la prefection hellénique, et le latin pour faire les prêtres d'une religion qui a éte fondée en hébreux. Dans chaque sphère de l'activité humaine, il y a une apogée que l'homme ne peut dépasser et il est probable qu'en littérature, cette apogée a été atteinte par Athènes, Rome et Paris : et maintenant, l'effort de l'humanité tend vers la science. Il était naturel que l'art de bien dire, de discouirr, de raisonner, fût antérieur à l'esprit de recherche d'observation, d'expérimentataion, car le premier repose sur l'imagination, le rêve, parfois même l'hallucination ; tandis que celui-ci ne se développe que par un travail patient et fatiguant (1). L'esprit de l'homme fait de la littérature

en se jouant, tandis que l'étude, l'approfondissement de la science, demandent un effort, une contention de l'intelligence hors de proportion avec les facultées de l'homme ancien. L'avenir est donc à la science, parce que le développement cérébral des peuples avancés a atteint le degré de puissance suffisant, pour s'adonner aux recherches scientifiques.

Mais ici, dans notre province, nous donnons malheureusement à nos enfants une mauvaise formation intellectuelle, en ce sens, que nous sommes arriérés d'au moins un siècle ; non seulement notre instruction est trop littéraire et pas assez scientifique, comme je l'ai dit, mais nos classiques préférés sont du 17ième siècle, et le génie grec et romain domine tout notre programme d'études. Bien des fois, je me suis demandé pourquoi l'on dirigeait tous nos efforts vers la syntaxe, la méthode, la rhétorique la philosophie, l'art de bien dire en un mot, et pourquoi en notre temps pratique et positif, l'on attachait comparativement si peu d'importance à l'étude de la nature ? Je dirai franchement ma pensée : c'est que les découvertes de la science ont quelque fois créé des conflits entre les idées, les croyances anciennes et les nouvelles : c'est que, certains éducateurs trop conservateurs, ou même réactionnaires, n'ont pas su évoluer. Ainsi à quoi sert d'enseigner encore que le monde, l'univers, ont été crées quatre mille quatre ans avant Jésus-Christ, comme on l'apprend dans nos couvents, nos écoles élémentaires, etc. ? Pourquoi s'en tenir avec obstination à la lettre de la cosmogénie mosaique ?

Nous médecins, nous rendons bien compte de ce vice fondamental de notre instruction, si nous jetons un coup d'œil sur l'histoire de la médecine. Chez les grecs, puis chez les romains, la science médicale avait atteint un haut degré de perfection avec Hippocrate et Galien ; puis cette science brillante s'est obscurcie tout le long du moyen âge, par les discussions stériles de la scolastique. Et cependant cette scolastique moyenâgeuse nous étreint encore. Je doute Messieurs que la philosophie scolastique, c'est-à-dire celle du moyen-age convienne à la formation intellectuelle de nos jeunes gens, de ceux qui se destinent à la médecine au moins. Ce serait à croire que de toutes les sciences, cette philosophie aurait atteint alors sa perfection, ou que depuis des siècles, toutes les branches de l'activité intellectuelle ont marché, sauf la

etaphysique, la dialectique. Il faut se rappeler que cette scolas-ne, presqu'entièrement faite de gloses et de paraphrases, tire ses gines de Porphyre, lequel débute par cet énoncé de principes : ne chercherai point si les genres et les espèces existent par ux-mêmes, ou sont de pures conceptions abstraites ; ni dans le as où ils seraient des réalités, s'ils sont corporels ou non ; ou 'ils existent séparés des choses sensibles, ou confondus avec les ; cette recherche est trop difficile et éxigerait une longue dis-ussion." Dans le cours de son développement, malgré une ande ingéniosité de raisonnement, une dialectique puissante, colastique s'est toujours ressentie et se ressent encore de la lité, de la fausseté de son état embryonnaire. Et malgré que bnitz ait écrit : " De l'or est caché jusque dans le fumier de la lastique ", avouons que ce n'est pas là où vont fouiller les *ecteurs.*

Je crois que pour bien préparer notre jeunesse à l'étude mme physique, sous les rapports physiologistes et patholo-es, il faudrait lui enseigner une philosophie basée sur des s. Or, qu'est la vraie philosophie ? La généralisation des s. Et ces faits, il faut ou les observer ou les provoquer ; s ce n'est que sur l'étude attentive et précise de cette obser-on, ou de cette expérimentation, que l'on peut donner une base e aux généralisations, c'est-à-dire à la philosophie. Donc, la osophie doit avoir pour base, la raison fondée sur nos sensa-s ; hors de là, nous tomberons dans la métaphysique, le mys me, le transcendent, toutes choses que doit repousser le mé-n, lequel doit étudier et traiter l'homme et ses maladies, par procédés naturels. Il ne faut pas oublier : " que l'homme tel l est organisé n'est lui-même qu'un produit de l'univers qui toure, qu'il est par suite en un rapport nécessaire et normal lui, et qu'il ne saurait y avoir de différence entre les lois de nature et celles de la raison, entre l'être et la pensée. "

Maintenant Messieurs, permettez-moi de vous dire que dans humble opinion, nous avons dans notre province trop de ges classiques et pas assez d'écoles techniques : c'est là une de l'encombrement des professions libérales, dont on se t avec raison. Que l'on crée des écoles commerciales, indus-es, artistiques, en plus grand nombre et que l'on cesse d'ériger

des collèges classiques; tel est le vœu que j'ai entendu exprimer par des hommes de grande expérience. Au reste, le gouvernement provincial est entré résolument dans cette voie, et je l'en félicite.

Mais les réformes à notre enseignement universitaire sont peut-être encore plus impérieuses, plus urgentes, que celles nécessaires à notre enseignement secondaire. Deux fondements sont à la base de la médecine: la biologie et l'anthropologie ; et chose quasi incroyable, à l'époque où nous sommes, l'on élimine les lois naturelles, dès le point de départ de ces deux sciences fondamentales. L'enseignement officiel veut que la vie soit le produit d'un miracle et que l'homme ait été créé immédiatement et de toute pièce. La croyance à la fixité des espèces conduit à l'inertie intellectuelle; la foi en une essence humaine physique différentielle des autres animaux, mène à l'anthropolâtrie: dogmes opposés à la raison et antiscientifiques. Si ces erreurs de doctrine et de faits n'avaient qu'une portée théorique ou platonique je ne me donnerais seulement pas le trouble de les signaler, mais c'est que la thérapeutique repose en partie sur ces données que l'humanité la science n'ont acquises que vers le milieu du siècle dernier. En effet Messieurs, sur quoi repose, la sérothérapie, l'opothérapie l'organothérapie ? si ce n'est sur la parenté de l'homme avec les autres mammifères. Et sans cette autre parenté de plus en plus étroite à mesure que l'on s'élève vers les anthropoïdes, que signifirait l'expérimentation biologique dans toutes ses formes diverses ? Quelle signification auraient l'anatomie, la physiologie et la pathologie comparée ? Quelle que soit la répugnance que l'on éprouve à accepter le lamarckisme et le darwinisme dans l'école, quelque résistance que l'on fasse pour empêcher l'homme de faire partie du système général de la nature, il faudra en venir là, je l'affirme, et ce n'est qu'à cette condition que les sciences médicales pourront prendre un essor brillant dans cette province. Le fixisme et le dogmatisme dans les sciences naturelles sont en opposition avec le progrès: car qui dit progrès dit évolution.

Enseignons donc la vérité scientifique à nos jeunes gens ; disons leur que les étoiles, le soleil, les planètes, la terre et tout ce qui la recouvre ne sont que des résultats de l'évolution de la substance préexistante: apprenons leur que, si spontanément ou expé-

rimentalement nous n'avons pas encore vu la vie apparaître, les belles expériences des Leduc, des Yves Delages, des Bastian, des Loeb, etc., nous démontrent que tous les phénomènes vitaux sont d'ordre chimique, physique et mécanique; que le génie d'un Berthelot a réussi la synthèse de produits que l'on avait l'habitude d'attribuer exclusivement aux organismes vivants: fonction spéciale, unique immatérielle en quelque sorte croyait-on de la force vitale; osons leur affirmer que la pensée est le produit organique de la substance grise du cerveau, au même titre que la chaleur est le produit de l'économie, par des procesus chimiques; et au sortir de l'université, avec ces idees justes, saines et vraies, nos médecins pourront tout le long de leur vie professionnelle étudier et interpréter correctement les phénomènes soumis à leur appréciation.

Au cours de l'enseignement universitaire,, l'on n'insiste pas assez pour démontrer aux étudiants que le diplôme ne décerne pas un certificat de connaissances complètes et universelles de notre art, mais bien plutôt une somme de connaissances suffisantes pour comprendre les éléments de la science médicale qu'il faudra ensuite sans cesse continuer à étudier. Le malheur est, qu'un bon nombre se croient armés pour la vie ; ceux-là de-
qu'un bon nombre se croient armés pour la vie ; ceux-là de-
viennent des routiniers; d'autres s'imaginent qu'ils en savent assez pour exercer à la campagne, tandis que c'est justement là, où la plus grande somme, la plus grande variété de connaissances sont nécessaires: car dans toutes les citées où la profession se spécialise, le champ de chacun à explorer est plus limité, partant moins ardu. Combien de beaux talents j'ai vu ainsi en jachère, à cause de cette fausse sécurité, de ce manque d'ambition: ou étiolés par l'éloignement des contacts stimulants. Depuis quelques années cependant, sous l'impulsion d'intérêts matériels plutôt que scientifiques, je dois l'avouer, il s'est créé un bon nombre d'associations régionnales. Ces syndicats ont déjà rendus des services appréciables à la profession; mais je constate que l'apathie de la grande majorité de nos médecins, pour l'étude des questions scientifiques est cause, que ces sociétés médicales périclitent dès que les principales questions d'ordre matérielles sont réglées. Au

reste, j'aurai plus loin l'occasion de parler de ces associations médicales.

A part ce défaut fondamental, ce vice rédhibitoire en quelque sorte de notre instruction universitaire, il y aurait encore place à plusieurs réformes. Sans doute que nous n'atteindrons jamais la perfection, pas même l'idéal en ces matières d'instruction, car comme le dit si bien Buchnër, " La perfection serait le glas de l'humanité " : mais nous devons viser vers ce but, car il en est du progrès intellectuel comme du progrès matériel : l'intelligence toujours en mouvement recule, quand elle n'avance pas.

Autrefois de mon temps même, les professeurs se rendaient à l'école de médecine, se succédaient dans la chaire théorique à la queue leu, leu, et se contentaient de nous bramer des formules abstraites, des dissertations théoriques. Aujourd'hui encore, notre enseignement est quelque peu surranné, mais je n'insiste pas sur ce point, car d'autres voix plus autorisées peut être que la mienne, ont démontré ce vice, dont l'origine remonte très loin, comme je l'ai dit plus haut. J'avoue cependant qu'il faut faire la part du peu de ressources à la disposition de nos facultés médicales françaises, car l'on ne peut donner un enseignement pratique à moins d'avoir des laboratoires bien outillés, une instrumentation bien fournie.

D'autre part, le personnel enseignant n'est pas, en partie du moins à la hauteur de sa mission : cela tient à un vice constitutionnel de notre Université. Actuellement, ce ne sont pas toujours les plus beaux talents, les plus méritants, les plus instruits, les mieux doués qui ont accès au Cénacle de la Corporation, à cause du contrôle exercé sur ces nominations par des autorités en dehors de la profession, de la faculté, de l'université même. Nos facultés médicales catholiques ne jouissent pas de leur autonomie, et je crois que la tutelle qu'on leur impose est préjudiciable à leur organisation, à leur développement scientifiques.

D'autre part, leur règlémentation aurait aussi besoin de modifications en certains détails : ainsi, il devrait y avoir une limite d'âge imposée aux professeurs : les plus belles intelligences s'atrophient dans la vieillesse.

Laissez moi vous dire maintenant Messieurs, que les critiques que je viens de faire ne sont pas le fait d'une hostilité systéma-

ique contre notre organisation universitaire; ce sont des avis plutôt bienveillants; c'est je crois la direction que devront suivre es universités dans leur évolution, si elles veulent atteindre à la hauteur de l'enseignement moderne; et nul plus que moi ne désirerait voir nos facultés médicales briller dans la lutte mon-ale pacifique de la science.

* * *

Ces lacunes et cette fausse direction de notre enseignement paratoire de notre enseignement stagiaire pèsent tout le long notre vie sur notre carrière de médecin. N'ayant pas saisi importance, la proéminence en quelque sorte du côté pratique, sitif de l'art médical, la pluspart d'entre nous demeurent tou-urs des praticiens platoniques; j'en connais même, qui ont perdu foi....dans la médecine. Tous, nous savons que le tetanos le fait du microbe de Nicolaïer, que la dothienentérie est ausée par le bacille d'Éberth, la tuberculose par le bacille de och, la diphtérie par le bacille de Loëffler, la gonorrhée par le nocoque, la pneumonie par le pneumocoque, etc., etc., que les ois-quarts des maladies, des affections sont microbiennes, et pendant je parierais que dans notre province,pas un médecin sur inquante ne possède un microscope et les accessoires nécessaires our rechercher ces bacilles, ces microbes. Aussi, hors un petit oupe d'élite, composé de ceux qui ont eu l'énergie d'étudier, de incre avec notre funeste tradition, et surtout de ceux qui ont eu heure d'aller à l'étranger, à Paris, à Berlin, ou à Londres, par-ire leurs etudes, il est triste de constater combien le reste est athique, routinier, terre à terre, et permettez moi de dire le mot orant. Depuis quelques années cependant, il s'est dessiné un ouvement de concentration intellectuel scientifique et matériel en lusieurs endroits. De nombreuses sociétés médicales ont surgi x chefs-lieux de la plupart de nos districts; mais pour quelques nes, dès que les questions de tarif, de déontologie furent réglées, les s'étiolèrent et moururent d'inanition: elles ne purent s'ali-enter de science médicale. Et pourquoi ? J'ai montré plus haut, e les causes de cette apathie résident dans la direction erronnée e l'on donne à nos études préparatoires, puis à notre instruction niversitaire. Habitués que nous sommes à donner la prépondé-

rence aux études théoriques, nous passons les premières années de notre vie professionnelle à fouiller nos boutiques d'étudiants, à graver ces classiques dans nos cerveaux; puis comme des études abstraites et souvent sans applications réelles finissent par fatiguer, nous nous confinons dans l'exercice routinier d'un petit bagage de connaissances pratiques très superficielles. Et comment voulez-vous que des médecins ayant une telle préparation, une telle formation intellectuelle, puissent faire des observations et des travaux scientifiques ? En fait, ils finissnt par ne plus prendre aucun intérêt à ce qui dépasse leur horizon quotidien: tel est Messieurs la cause de la décadence de nos sociétés médicales. Ce qui fait que dans Québec et à Montréal surtout, les sociétés médicales prospèrent, c'est que dans ces villes, la nouvelle génération compte un bon nombre d'unités qui sont allées à l'étranger, et y ont réformé leur mentalité: de Paris, de Berlin et de Londres, etc., ceux-là ont rapporté les véritables méthodes pratiques de travail, et l'enthousiasme de la science.

Une autre cause d'émulation dans les grands centres, est la spécialisation: en fractionnant la science, l'on en provoque l'étude plus détaillée plus approfondie. Mais quelque fois le spécialiste s'absorbe trop dans les détails et finit par devenir scientifiquement myope. Il ne faudrait pas oublier ce bon conseil d'Albaran: " Les spécialistes devront être assez médecins, pour comprendre " les questions de science pure, et assez chirurgien pour exécuter " habilement des indications opératoires. " Ne nous exposons point aux reproches qu'Anatole France décerne à ses érudits dans le " Jardin d'Epicures ": " Il ne faut jamais demander à " un savant les secrets de l'univers qui ne sont point dans sa " vitrine ".

Et maintenant Messieurs, je ne puis clore cette première partie de mon discours sans vous parler d'intérêts beaucoup plus immédiats, mais moins contestés que ceux traités jusqu'à présent. Toute la profession reconnait que notre acte médical est imparfait et a grandement besoin de modifications, de réformes. Nous voudrions contrôler l'entrée de notre Corporation, par la création d'un Bureau Provincial d'examinateurs, nous désirerions la création d'un Conseil de discipline, à l'instar des autres professions libérales; nous croyons que le curriculum des études devrait

être porté à cinq années; nous aimerions avoir des lois plus sévères au sujet de l'exercice illégal de la médecine, contre les charlatans, les rebouteurs, etc., etc., toutes choses que je ne ferai que mentionner sommairement, parce qu'elles sont connues et voulues par tous les membres du Collège des médecins. Le Comité de Législation du Bureau des gouverneurs a pris les moyens, espérons-le, de forcer la députation à nous rendre justice, en faisant entrer ces questions vitales dans la politique active en quelque sorte.

Il me fait plaisir enfin de costater que les vœux exprimés par le dernier Congrès au sujet du tarif des compagnies d'assurances pour leurs examens médicaux, ont été entendus par la plupart d'entre elles, et que actuellement toutes les compagnies qui ont quelqu'importance reconnaissent la valeur des services rendus par le médecin en lui accordant un tarif raisonnablement rénumérateur. Et pour clore cette première partie de mon discours, je fais appel à tous mes confrères de langue française et leur demande de s'unir dans un effort commun pour réhausser la science de la médecine dans l'Amérique du Nord et lui faire prendre le rang auquel elle a droit dans le domaine des connaissances humaines. Sans doute que pour améliorer notre sort, il est bon de fonder des associations, de codifier des règles déontologiques, d'adopter des tarifs, en un mot de développer la solidarité; mais pardessus tout messieurs, il faut aimer notre profession, se passionner pour notre art, en faire notre idéal suprême; et alors cette profession, la moins ingrate peut être qui soit, nous rapportera les honneurs, le respect et l'aisance.

HYGIENE

Messieurs,

Je crois que quand la médecine aura atteint ses derniers perfectionements, elle ne consistera guère plus que dans la science de l'hygiène. Il n'y a aucun doute que les limites de la pathologie, de la chirurgie iront se rétrécissant, à mesure que l'hygiène progressera. Quand nous connaîtrons bien toutes les maladies, dans leur étiologie, leur généalogie, il suffira d'observer des règles préventives ou hygiéniques, pour prémunir l'humanité contre les maux qui l'assaillent. Le passé, pourtant court de la science de

l'hygiène est le garant de ses progrès futurs; et les efforts des savants doivent tendre vers le but que je viens de désigner, car je crois qu'un pas en avant de la part de l'hygiène fait plus pour l'intérêt des hommes, qu'un saut de toutes les autres branches de l'art médical: en effet, quoique moins frappant, moins éblouissant que les succès de la pathologie ou de la chirurgie, ses bénéfices sont pourtant plus réels, plus immédiats. Il est beau de combattre ces affections, de guérir des maladies, de triompher parfois même de la mort; mais il est plus beau et surtout plus économique d'éviter ces maux: tel est le but que l'hygiène vise, sans relâche. Comment y parviendra-t-elle ? Pour atteindre cet idéal, elle doit agir sur deux objets: 1° sur l'individu, 2° sur le milieu. En généralisant son premier objet: l'individu, elle se préocupe de l'hygiène de la collectivité; puis, dans l'un et l'autre cas, elle fortifie, aguerrie, immunise l'économie contre les maladies, le préserve contre la contagion, l'intoxication; puis impose des mesures générales de quarantaine, d'isolement de désinfection. Pour ce qui concerne le milieu elle régie l'alimentation, l'habitation, le vêtement, etc.

Dans toute bonne organisation sociale elle dispose de deux leviers pour s'imposer au public: l'école et la loi. Eh bien ! Messieurs, dans notre province, malgré les efforts d'hommes dévoués, nous ne sommes pas à la hauteur des données scientifiques actuelles. A part l'entrainement technique qui manque à la plupart de ceux qui dirigent nos destinées hygiéniques, la division, le morcellement des pouvoirs, sont certainement des causes qui retardent le progrès de cette science, dans son application à notre peuple. Ce qui devrait être sous l'autorité d'un seul gouvernement, est de fait, sous le contrôle des gouvernements locaux et fédéral. Quelque fois même, il survient des incertitudes, des conflits d'autorité; et s'il n'y avait pour nous, l'intérêt supérieur de la conservation de notre race, de notre langue, les intérêts de l'hygiène, comme tous nos intérêts professionnels du reste, seraient beaucoup mieux sauvegardés par la création d'un pouvoir central unique pour tout le Dominion. Ainsi vous savez que l'organisation de nos bureaux d'hygiène locaux sont régis par le Gouvernement de Québec; d'autre part toute la profession médicale du Canada par son organe le plus autorisé: l'"Association Médicale

canadienne" fait depuis plusieurs années des instances auprès du Gouvernement fédéral pour que celui-ci crée un "département d'hygiène public" indépendant, sous le contrôle du Ministre de l'Agriculture ou de l'un des autres ministres. Cette centralisation des choses d'hygiène, d'ordre général, est absolument nécessaire, indispensable, si l'on considère qu'actuellement les ministères de l'agriculture, de l'intérieur, de la marine, du revenu, se partagent les attributions que détient le Gouvernement Fédéral. Aussi, combien de plaintes motivées se font entendre quotidiennement au sujet des quarantaines, de l'hygiène vétérinaire, de l'immigration, de l'adultération des aliments, des drogues, etc.

Si maintenant nous rétrécissons le champ sur lequel nous venons de jeter un coup d'œil, pour le porter sur notre province, nous éprouvons un sentiment de satisfaction, en constatant l'effort fait, le résultat obtenu, au sujet de l'organisation et de l'application des lois sanitaires. Permettez-moi, Messieurs, de payer au nom de la profession, un tribut de reconnaissance à M. le Dr. E. P. Lachapelle, à qui nous sommes redevables du meileur de nos lois sanitaires. Et encore actuellement, avec un zèle inlassable, le digne Président du Conseil d'hygiène emploi toute son énergie à mettre notre province au niveau des pays les plus avancés. Mais le travail d'un seul homme, quelque soit sa compétence, sa volonté, ses aptitudes, ne suffit pas à imposer, à étendre des mesures de cette envergure; il faut que tous les corps médicaux con… rent à cet œuvre utilitaire: c'est ce que nos sociétés médicales, de même que nos congrès ont bien compris. A chacune de nos réunions, nous avons adopté des résolutions, des vœux, indiquant aux pouvoirs publics la direction à suivre dans la prophylaxie de la tuberculose, de l'alcoolisme, des maladies contagieuses, etc. C'est là, l'un des côtés pratiques de nos réunions nationales.

Si maintenant, messieurs, nous jetons un coup d'œil sur l'avenir et si nous cherchons à pénétrer l'œuvre future de cette branche supérieure de la médecine, nous serons étonnés du chemin qu'il lui reste à parcourir; et peut-être éprouverons-nous un sentiment de lassitude en scrutant, en déroulant l'œuvre à accomplir.

En exposant les détails des réformes que l'hygiène accomplira, suivant mon opinion, il est impossible que je me fasse la ré-

putation de révolutionnaire; au reste, j'ai déjà celle de radica
Mais en tout cas, rappelez vous que les révolutions ne sont que de
évolutions subites et que l'évolution est la nécessité de l'univer

Ainsi, si nous envisageons la terrible trinité dont souffre
tous les peuples: la tuberculose, l'alcoolisme et la syphilis, nous n
parviendrons à nous affranchir du joug de ces hydres, que le jou
où: 1° les tuberculeux à lésions ouvertes seront isolés; 2° lorsqu
la prohibition légale de la fabrication et du trafic des boisson
alcooliques distillées, sera imposée à tout le Dominion; et enf
3° lorsque la prostitution sera règlementée, la déclaration a
autorités obligatoire, au même titre que les autres maladies co
tagieuses et le syphilitique marqué d'un signe indélébile, avec i
terdiction de procréer. Aux grands maux les grands remèdes
toutes autres mesures que celles que je viens de préconiser, n
seront que palliatives; tel le combat actuel qui n'est qu'un éter
recommencement contre ces trois sombres divinités path
giques.

Dans un autre ordre d'idées et de faits moins important
tout dernièrement, j'ai été à l'occasion de la construction d'u
église nouvelle dans mon village, très étonné de constater que l
lois sanitaires étaient muettes au sujet de l'hygiène des templ
religieux. J'ai cherché à me renseigner auprès du Conseil Pr
vincial d'hygiène sur les causes de cette omission, et l'on m'a fa
savoir que l'on n'avait pas osé légiférer sur cet objet par crain
de certaines influences ocultes et hostiles. Au reçu de cette répons
je demeurai songeur; je me rappelai que tout à fait à l'origin
l'hygiène fut d'abord sous le contrôle des religions et des prêtre
comme toute la médecine d'ailleurs: témoins les ordonnances d
prêtres égyptiens, les prescriptions de Moïse, de Mahomet, et
Est-ce que par hasard, le fait d'avoir dominé l'hygiène penda
des siècles, empêcherait actuellement les églises de se soumett
à ses lois ? Il semblerait que si l'hygiène a secoué le joug de l
théocratie, elle n'a pu encore asservir la construction et l'entreti
des édifices religieux sous ses lois. Dans ces circonstances, il n
vous reste, Messieurs et Confrères, vous qui êtes les représentan
autorisés de cette branche de notre art, il ne vous reste, dis-je, qu
vous faire nommer syndic par le peuple, alors de toute constru
tion nouvelle, afin de pouvoir prendre le contrôle, la direction de

lans et devis, dans l'intérêt du grand public qui fréquente nos mples religieux. Je connais des médecins qui par esprit public, nt bien voulu accepter cette charge onéreuse, dans le seul but de nvaincre nos concitoyens, qui du reste ont l'esprit très ouvert à t endroit, que les intérêts de la santé doivent primer ceux du xe, de la prodigalité. Je ne crois pas exagérer en affirmant que s trois quarts de nos églises pechent contre les données les plus émentaires de l'hygiène, par le manque complet d'aération et r les défauts des parquets, véritables nids à culture microbienne, dont la matière, du bois généralement, fournit une abondante on de poussière

Je ne puis mentionner par le détail toutes les réformes sanires que cette science bien comprise exige, et que l'avenir nous serve : car il serait oiseux dans le discours d'ouverture de cette tion d'étudier ces réformes par le menu : mais permettez moi faire un souhait et je voudrais que ce souhait ou plutôt ce vœu it entendu de s compatriotes : je voudrais que l'enseiement de l'hygiène t partie du programme des études priires et secondaires. A quoi peut servir de connaître toutes les iences, si l'on ignore celle qui conserve la santé. Et c'est surtout ns le jeune âge, lorsque le cerveau est le plus impressionnable, ie les impressions se gravent le plus profondément, qu'il faut enigner à nos enfants comment l'on doit boire, manger, se vêtir, se ger, travailler, s'amuser, pour bien vivre et vivre longuement. C'est là, l'une des nombreuses réformes qui s'imposent à notre stème d'éducation.

MEDECINES LEGALE ET MENTALE

A cause de la liaison qui existe entre ces deux sujets, je les réunis sous le même vocable et j'en fais le sujet unique de la rnière partie de mon discours. Mais il y a de plus : je suis perdé que plus tard, peut-être dans le cours du siècle dont nous mmes à l'aurore, à moins que l'humanité ne subisse l'un de ces uls dont elle est coutumière, je pourrais ajouter à mon sujet : "La médecine morale ".

Le tort est qu'en l'état actuel de la science, l'on n'a pu saisir similitude qui existe entre les tares morales et les défectuosités

intellectuelles, et cela tout simplement parce que l'on a voulu faire de la morale un épiphénomène de la métaphysique et que l'on a supposé à l'homme, un libre-arbitre qu'il est loin de posséder : Telle est Messieurs la grande erreur du moyen-âge qui se poursuit actuellement. Or, la scolastique a bâti la morale, comme tout le reste de ces connaissances d'ailleurs dans son cerveau, a priori et sur des spéculations pures, tandis que celle-ci doit avoir pour fondement la nature et pour couronnement la science ; mais la vraie science, non celle qui raisonne., qui ergote, mais celle qui observe, qui étudie.

Je crois, Messieurs, que la morale et ses prescriptions peuvent exister en dehors de la contrainte exercée par l'état, par des lois, etc ; et que cette contrainte peut être remplacée par quelque chose de mieux : je crois avec Buchnër : que les meilleurs apôtres de l'éthique sont l'éducation, la culture, le bien-être et la liberté ".

Nous n'apportons pas d'idées morales en naissant ; cette faculté se développe dans l'âme de chaque individu par l'éducation, l'expérience, et s'affermit par une longue pratique. Si l'homme naissait bon comme le voulait erronnément Jean-Jacques Rousseau, s'il avait la connaissance innée du bien et du mal, comme l'affirment encore les idéalistes, tous les efforts faits pour développer la moralité de chaque individu depuis sa naissance jusqu'à son entrée dans la société, seraient vains, inutiles et superflus, puisqu'il suffirait de le laisser croître en liberté pour en faire un bon citoyen.

Non Messieurs, le philosophe anglais Locke est bien plus près de la vérité, quand il affirme que l'homme vient au monde comme une table rase, sur laquelle on peut y mettre à volonté toutes espèces de mets,. de même que l'on peut mettre dans le cerveau de l'enfant toutes espèces de connaissances, de sentiments, je dirais volontiers d'idéal et de poésie. Vous me pardonnerez, si j'appuie un peu longuement sur ce côté de la mentalité contemporaine : vous en verrez tantôt toute la portée.

Qu'est donc la morale ? Elle est le résumé des obligations, des devoirs de l'homme vis-à-vis lui-même et vis-à-vis ses semblables : partant elle est le résultat d'une longue suite d'acquisitions imposées par la nécessité, puis par la raison. Dans toutes les sociétés humaines, la morale est allée progressant, parallèlement à

la civilisation ; elle est par conséquent le résultat de la sociabilité et se modifie sur beaucoup de points, dans les lieux et dans les temps, suivant les idées, les besoins, les coutumes des familles, des tribus, des nations. Certaines tribus d'indiens croient commettre un acte méritoire, en sacrifiant leurs vieillards infirmes ou impotents, tandis que le parricide est considéré comme le plus grand des crimes à nos yeux.

Ce qui contribue le plus puissamment à la perfection de la morale, est l'élévation du niveau des mœurs et des habitudes sociales, ou si l'on veut l'avancement de la civilisation : et ce qui pardessus tout contribue à l'avancement de la civilisation est la science : La morale est donc objectivement, une question sociale basée sur la science. Mais d'autre part, elle est subjectivement une question mentale ; et je n'ai pas de doute que dans un avenir plus ou moins lointain, suivant les aléas du développement des facultés humaines, l'on tiendra la société responsable de la moralité de l'individu, comme aujourd'hui nous la tenons responsable de son instruction. Et alors, l'état reconnaissant pleinement ses obligations, traitera les amoraux, les immoraux, les criminels, comme nous traitons les dégénérés, les idiots, les imbéciles, les déséquilibrés intellectuels.

Pour réformer la société au point de vue de la criminalité, l'état fera enseigner à ses maisons d'instruction, la solidarité de tous les hommes, et la famille s'appliquera à développer l'altruisme chez ses membres dès la plus tendre enfance. Or, étant appelés à vie en commun il faudra démontrer à l'enfant que l'état social crée des obligations, et le convaincre que son intérêt réside dans l'intérêt commun ; il faudra par conséquent lui inculper les principes reconnus bons et utiles à la société, afin que chacun travaille en vue du bonheur de tous, et alors chacun pratiquera la morale naturelle en vue de son propre intérêt. Platon avait déjà prévu cette vérité lorsqu'il écrivait : " Les crimes sont causés par le défaut de culture, par la mauvaise éducation et par la mauvaise organisation de l'état " ; et je ne me rappelle pas bien quel philosophe anglais, accentuant davantage l'idée de Platon disait : "C'est un fait constant que chacun de nous pourrait devenir criminel ou fou s'il était placé dans des conditions appropriées ". Mais, objecterez-vous, est-ce que l'homme ne possède pas son plein et

entier libre-arbitre ? Ne soyez pas scandalisés Messieurs, si j vous affirme que suivant mon opinion, l'homme est libre...comm un oiseau dans une cage. " La liberté humaine dont chacun es si fier, dit le profond penseur Spinosa, consiste simplement en c que les hommes ont conscience de leur volonté, et non des cause qui la déterminent."

En examinant les choses à fond, la liberté de l'homme es excessivement circonscrite, car tous ses actes sont dominés ou par la nécessité, ou par des penchants irrésistibles: l'instinct, le besoins naturels, l'hérédité, les influences de milieu, une mau vaise conformation physique, etc., etc.: tels sont les facteurs qu enchainent la volonté de l'homme et dirigent ses actions. C'est la mentalité qui fait les dévotes, comme les prostituées, les vertueu et les criminels:: en un mot les mœurs. Et l'individu est-il res ponsable de sa mentalité ? Est-ce lui qui l'a crée ? Donc il faudra modifier la famille et l'école, c'est-à-dire l'éducation et l'instruc tion.

Ces prémices posés, Messieurs, j'en arrive à la conclusion que nous sommes au point de vue de la médecine m tale et légale, dans une période de barbarie. Lorsque l'on saura mieux inter préter le mobile des actions humaines, lorsque l'on comprendra mieux les limites étroites dans lesquelles se jouent le libre-arbitre de chacun, lorsque l'exécutif de la nation conformera sa con duite à ces données nouvelles mais vraies, l'on verra disparaitre les prisons, les pénitenciers; et sur leurs ruines s'élèveront des maisons de santé morale, tout au plus des maisons de réformes où, au lieu de châtier un être qui n'est souvent coupable que par ata visme, par entrainement, par suggestion, par manque d'éducation, ou par d'autres causes hors de sa volonté ou la dépassant, l'on isolera ce malheureux, comme un criminel atteint de maladie mo rale, on le confiera à des experts qui lui façonneront en quelque sorte une nouvelle mentalité, en lui faisant comprendre, en le con vainquant que la plus grande somme de bonheur que chacun puisse avoir n'est compatible qu'avec la mise en exécution par chacun de la morale naturelle, c'est-à-dire, d'obligations réciproques iné luctables. Puis au lieu de quitter le pénitencier d'infamie, gan gréné par les mauvais contacts, exaspéré contre la justice, contre la société, il laissera la maison de santé régénéré; et le contre-

poids de ses mauvaises actions passées sera les remords. A la coercition, fera place l'hygiène morale. Hélas ! que nous sommes éloignés de cet idéal, et que notre société est loin d'être organisée sur ces principes. Quand tous les jours je vois le bonheur des uns prendre sa source dans la ruine des autres, je dis : la communauté qui permet de tels abus, de telles injustices a besoin d'être réformée, et je me suis efforcé d'indiquer en quoi devra consister ces réformes.

En somme Messieurs, l'homme naît comme la cire amolie, susceptible de conserver les directions reçues et de recevoir les impressions futures, d'où il est conduit par les événements. Il appartient donc aux éducateurs naturels, à la famille d'abord, puis à l'état de donner à l'enfant une éducation telle, que celle-ci devra développer chez lui, par égales parties, l'altruisme et l'égoïsme ; et l'homme qui n'aura pas atteint ce désidératum, sera considéré comme moralement irresponsable. Puis il en sera des anormaux moraux, comme il en est actuellement des anormaux intellectuels, que l'on traitera rationnellement en vue de les guérir,au lieu de les dégrader ; et les traités de pathologie morale se substitueront aux codes criminels. "Et c'est pourquoi", comme le dit si bien Buchnër, "dans quelques siècles, alors que l'humanité sera de-" venue meilleure, plus sage et plus heureuses, on considérera les " procès criminels de notre époque, avec le même sentiment que " celui qui nous est inspiré aujourd'hui par les condamnations des " sorciers et par les jugements de l'inquisition au moyen-âge".

*
* *

Si maintenant nous sortons de ce que plusieurs d'entre vous qualifient peut-être d'utopies, et si rétrécissant notre coup d'œil, nous envisageons la médecine légale et la médecine mentale dans leur application à notre province, il me restera peu de chose à vous dire. Si nous considérons les idées qui ont court chez tous les peuples de notre temps j'ai la satisfaction de vous dire, qu'en pratique du moins, notre pays peut exposer ses lois et ses asiles pour les aliénés sans que nous ayions à en rougir. Je ne discuterai pas les quelques réformes qu'il y aurait à faire au sujet de nos maisons d'internement : Cette question touche de trop près

à la politique, et j'aimerais conserver l'oreille de tous les partis. De même aussi, il y aurait bien quelques réformes à faire à l'ex- pertise médico-légale en matière d'autopsie, de même que dans la recherche des crimes et délits, mais d'autres voix plus autorisées que la mienne ont déjà traité ces questions.

Messieurs, je reconnais avoir en médecine, des idées que l'on pourrait qualifier, que l'on qualifiera sans doute d'avancées; je vous avouerai que cette réputation ne me déplait pas. Dans les sociétés, comme dans les armées bien organisées, il y a une avant- garde, et c'est toujours celle-ci qui est le plus exposée aux coups des adversaires, des enmis. Mais mon admiration s'est tou- jours portée vers ces hommes qui dans la défence de la science, des idées, comme dans la défense de la Patrie, se sont portés de l'avant, aux premiers rangs: les uns pour protéger le progrès, la civilisation, les autres, la communauté des intérêts matériels

Nos adversaires sont les indolents, les apathiques et surtout les réactionnaires; mais la force d'inertie ne prévaut jamais dans l'univers contre l'évolution. Et cette évolution universelle et per- pétuelle marche vers le progrès, vers le mieux, vers le parfait qu'elle n'atteindra sans doute jamais, parce que cet état serait la fin de tout progrès, de toute évolution, de tout mouvement, ce qui ne semble pas dans l'essence de la matière ou de la force.

Mais, malheur aux hommes et aux sociétés qui se reposent dans l'inertie. L'avenir appartient à la science appuyée sur le tra- vail, sur l'énergie; en elle réside le bonheur futur. La science ins- truit, elle constitue la valeur intellectuelle des individus, comme elle en est leur élément de culture. Elle forme l'âme du peuple.

Et pour réussir à atteindre cette vision, il faudra prêcher à notre jeunesse, lui inculquer comme base de sa mentalité: la vo- lonté,, l'action, l'effort. Voilà Messieurs ce qu'il faudrait infuser aux générations qui vont nous suivre.

PROJET DE FORMATION D'ASSOCIATION MUTUELLE DES MEDECINS DE LA PROVINCE DE QUEBEC

—

Monsieur le Président,

Messieurs,

« Je crois qu'il serait désirable et opportun d'établir une assurance mutuelle entre tous les médecins de la Province de Québec. Tous les autres membres de la Société forment des associations pour protéger ceux d'entre eux qui tombent dans l'infortune ».

Ainsi s'exprimait M. le Docteur Lippé de St Ambroise, au début d'une étude sur les Associations mutuelles médicales, présentée au congrès de Montréal en 1904. La semence jetée par notre collègue, ne semble pas avoir encore avoir produit beaucoup de fruits. Nous voudrions, à notre tour, revenir sur la question et tâcher de montrer à nos collègues que le projet de M. Lippé mérite notre plus sérieuse attention.

Nous sommes environ 1850 médecins exerçant dans la province de Québec. De ce nombre 1430 sont de langue française, soit un medecin par 700 ou 800 habitants.

C'est dire qu'avec un tel encombrement notre carrière est semée de difficultés. La concurrence est partout, à la ville comme à la campagne et a pour effet de maintenir les honoraires à des taux ridiculement bas.

Le taux des visites ou consultations, le prix d'un accouchement n'ont pas sensiblement varié depuis 25 ans, alors que la cherté de la vie a doublé ou triplé et que le salaire du client a suivi la même marche progressive.

Seule la situation du médecin n'a pas varié. Ses notes sont toujours les dernières payées; la mauvaise foi des malades de dispensaires est toujours la même et de plus nous sommes maintenant exploités par les sociétés de bienfaisance ouvrières et autres.

La situation du médecin n'est donc pas toujours rose. La

vie est parfois pénible à gagner et la misère s'installe souvent au foyer du médecin pour peu que la maladie survienne. Si la mort emporte le chef de la famille celle-ci reste dans la gêne parceque le médecin disparu n'a pas eu le temps ou les moyens de faire des économies.

Plusieurs moyens sont cependant à la disposition du médecin prévoyant pour se protéger lui et sa famille, contre la maladie et la mort.

Nous avons d'abord à notre disposition les grandes compagnies d'assurance qui se divisent en deux groupes : Celles qui assurent contre les maladies et accidents. Ces compagnies existent aux pays et elles sont très puissantes.

Il existe aussi les sociétés de secours mutuelles ordinaires qui sont surtout répandues dans la classe ouvrière et à la campagne.

Les grandes compagnies qui assurent contre la mort, coutent très cher et n'accordent aucune indemnité de maladie ou incapacité de travail. Les compagnies d'assurance contre les accidents et maladies ont des taux relativement élevés ($12.00 par année pour $5.00 de bénéfice par semaine). Elles ne payent qu'un certain nombre de semaines de maladie, ne donnent pas de pension de retraite et ne donnent d'indemnité-décès qu'en cas de mort par accident.

Les sociétés mutuelles populaires ont aussi des taux relativement élevés, susceptibles de s'élever d'avantage suivant les circonstances, variant avec l'âge, ne payant aussi qu'un certain nombre de semaines une pension d'ailleurs assez restreinte.

Il résulte donc de cette revue, que ces sortes d'assurances ou sociétés, coutent d'abord assez cher, ne rapportant qu'à la mort ou durant quelques semaines de maladie seulement.

Qu'advient-il alors du médecin, porteur d'une assurance contre la mort, qui tombe atteint d'une maladie un peu longue ?

Faute d'économie, il est parfois forcé d'abandonner sa police dont il ne peut plus payer les primes.

Qu'advient-il encore du médecin porteur d'une police contre les accidents et maladies s'il est atteint d'une maladie incurable tel que le tabes, la paralysie générale, la demence etc ? Il arrive qu'après avoir payé un certain nombre de semaines, les com

pagnies suspendent leurs paiements livrant ainsi le médecin à la misère.

Le médecin qui fait partie d'une société mutuelle reçoit une indemnité durant quelques semaines et s'il est déclaré incurable, la société lui verse une partie de son assurance totale et l'abandonne à son sort, puis verse à sa mort l'autre partie de l'assurance.

Nous vous avons exposé l'état actuel des garanties offertes aux médecins prévoyants.

Est-il possible d'espérer mieux?

Pouvons-nous réaliser la formation d'une association qui réunissant tous les avantages des compagnies déjà mentionnées, assurerait en plus au médecin impotent, les moyens de subsistance, sa vie durant, lui viendrait en aide dans sa vieillesse et payerait une indemnité à ses héritiers?

De telles associations existent et fonctionnent admirablement tant aux Etats-Unis qu'en Europe.

Nous en avons étudié le fonctionnement et suivant nous, la plus simple, la meilleure en même temps que la plus prospère est l'Association mutuelle de médecins de la Seine fondée par M. Gallet-Lagognery en 1886.

Cette association a pour but d'allouer une indemnité pécuniaire aux membres placés dans l'impossibilité d'exercer leur profession, soit temporairement soit d'une façon permanente. Après 25 ans de participation consécutive à l'œuvre elle paiera une rente viagère à ses membres âgés de 60 ans. De plus, à la mort d'un membre sa famille reçoit une indemnité décès.

Malgré toutes ses obligations, l'Association n'en est pas moins très prospère.

En février dernier (1908) elle comptait 673 membres, payant une cotisation mensuelle de 10 francs ($2.00) et recevant en cas de maladie une indemnité de 10 francs par jour.

Le capital réserve est actuellement de 623,000 frs, après avoir payé durant 22 ans 522,000 franc d'indemnité aux sociétaires.

En 1907, sur 650 membres environ, l'Association a déboursé 39,030 franc, pour 3,903 journées de maladies reparties sur 61 sociétaires malades. Ce qui fait une moyenne 6.06 journée de maladie par tête de participants.

Les recettes de l'année ont atteint 106,409,80 francs après avoir déduit 50,953.63 francs pour dépenses de la même année, nous arrivons à un profit d'audelà 55400 en chiffres ronds.

Nous avons donc ici une association mutuelle donnant plus d'avantages qu'aucune autre assurance et à des taux relativement plus bas. Prenons par exemple les assurances contre les maladies et accidents. Bien que très nombreuses elles ont toutes les mêmes bases : Moyennant $12.00 par année, elle donnent en cas de chômage $5.00 par semaine, durant un temps limité seulement. L'indemnité décès n'est payé qu'en cas de mort par accident.

Prenons maintenant les sociétés populaires, l'Alliance Nationale, par exemple. Pour une assurance de $1000, un jeune homme de 24 ans paye $1.35 par mois et retire $5.00 par semaine durant 20 semaines de maladie. Si la maladie est incurable, le sociétaire reçoit $500.00, la balance allant à ses héritiers.

Dans une association mutuelle comme celle que nous vous proposons, en ramenant son échelle à celle des autres compagnies, nous voyons que pour une cotisation de $1.00 par mois le sociétaire malade reçoit $7.00 par semaine et indéfiniment.

Et tels sont les succès d'une telle association qu'il recevra malade ou non une pension viagère de vieillesse après 25 ans de participation consécutive et ses héritiers recevront en plus une indemnité décès à sa mort.

Une question bien naturelle se pose ici ! Comment se fait-il qu'une telle organisation soit si prospère, quand les autres associations se voient forcées d'augmenter leurs primes ?

L'explication en est très simple :

Ces associations payent d'abord de gros salaires aux officiers ; se composant d'un grand nombre de membres, la perception des primes devient très onéreuse.

Il en est de même des grandes compagnies d'assurance qui d'ailleurs, malgré tout, payent de beaux dividendes à leurs actionnaires ; nouvelle preuve de leurs succès financiers.

L'Association mutuelle, comme nous la comprenons, n'aurait à payer ni officiers ni frais de location ou autres, mais seulement quelques impressions et un léger salaire à un

comptable. Elle pourrait, en outre, comme l'a fort bien exprimé M. Lippé dans son travail, se servir du Bureau des gouverneurs comme administration, puisque ce bureau, après tout, n'existe que pour la plus grande utilité des médecins de la Province.

A côté des sociétés médicales qui travaillent avec zèle à nos intérêts, une association qui comprendrait dans son sein un grand nombre de médecins influents, deviendrait un corps important dont il serait imprudent de méconnaître les droits.

Nous verrions d'autre part, se greffer sur cette association d'autres œuvres non moins importantes. Ce pourrait être d'abord, une société de protection contre le chantage fonctionnant sur le même principe que la « Canadian médical protection association » contre les procès.

Une des dernières circulaires du Président du Congrès nous laissait comprendre que nous aurions une séance spéciale pour traiter cette question.

Qu'est-ce qui nous empêcherait de fusionner les deux associations ?

Vous avez sans doute lu dans l'*Union Médicale* l'histoire de ce vieux médecin pauvre, incapable d'exercer sa profession qui est venu s'échouer dans un service de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Par charité professionnelle, on le garda plusieurs mois.

N'est-il pas regrettable de constater l'absence de société de secours médical, chargée de trouver un abri à ceux qui se sont dévoués toute une vie pour les autres ?

Le Monde Médical annonçait dernièrement la création de la Maison du Médecin à Paris pour combler cette lacune. Pourquoi le ferions nous pas de même ? Si nos espérances se réalisent, nous verrons peut-être un jour, s'élever dans notre Province une maison de refuge sous les auspices d'une association médicale mutuelle puissante.

Nous en avons fini, messieurs !

Si vous croyez, comme nous à l'utilité d'une telle association dans notre province, vous nous seconderez dans nos efforts.

Nous vous demandons donc de vouloir bien former un comité qui sera chargé d'étudier la question sous tous ses aspects et de faire son rapport au prochain congrès afin de faire entrer au plutôt notre projet dans le domaine de la réalité.

J.-E. DUBÉ, J.-C. BOURGOIN,

En collaboration.

LE SECRET MEDICAL

Par M. G. Marsan
avocat, professeur en droit commercial de Montréal.

—

I

Messieurs,

J'ai été invité à parler de l'un de vos plus importants devoirs professionnels au point de vue exclusivement légal : le secret médical, lequel constitue la transformation en obligation juridique du devoir moral de ne pas tromper la confiance mise en vous.

Envisagé sous son aspect le plus général, le secret professionnel est une nécessité sociale de tous les temps ; il exprime l'obligation où sont certaines personnes de garder le secret sur les choses qui leur sont confiées.

Les religions païennes avaient érigé la dissimulation et l'hypocrisie en principe : elles en faisaient un devoir à leurs disciples et l'expérimentaient par ce vers si connu :

> " Iura, perjura, secretum prodere noli ".
> " Jure, parjure-toi pour garder le secret ".

Le secret médical est une institution fort ancienne et son origine lointaine atteste qu'il répond aux aspirations naturelles des sociétés. C'est la première espèce connue de secret professionnel.

L'antiquité proclamait déja le secret médical. Les vieux livres des anciens médecins de l'Inde, le Rig-Veda et l'Azur-Veda l'imposaient à leurs disciples.

En Grèce, c'était l'une des obligations formulées dans le célèbre serment des Asclépiades, et la médecine grecque l'apporta à Rome. La coutume conserva ce précepte au moyen âge.

---

(1) Travail présenté à Québec devant la section de médecine du Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, le 22 juillet 1908.

Le serment, dit ... s Asclépiades ... les ... jeunes médecins durent prêter jusqu'à la Révo... qui résume les grands ... de ... de la profession ... entre autres engagements, ce qui suit :

" ... que dans l'exercice ou en dehors de l'exercice, commerce de la vie ... j'ai vu et entendu qu'il ... taille ... pandu ... secret."

... et la jurisprudence ... les ... sur les confidences ... n'ent ... rence ne prend en considération ... de ... profession ... dtait ... spèces de ... qui ... constitués par eux-mêmes dans l'exercice ... Pand. ... vo Secret professionnel.

On trouve le principe du secret professionnel ... XIIIe siècle par la Coutume de Montpellier ... Coutume de Carcassonne (art. 102). Ainsi ... Evreux du 14 août 1747, co... l'arrêt du parlement de Rouen ... condamné ... dans ... demande d'honoraires signé ... par un ... affection scorbutique dont il ... — Chaudé, t. 2, p. 575, Pa...

... l'affaire du notaire ... 8 janvier 1647, confirmée par arrêt du Parlement de ... 1650, les juges ... les ... de vo...

... arrêts ...

... cette ... les médecins, les ... sions et les se... al.

... présence q... les ... qui tiennent leur pro... d'autres ... autres choses qui demande ... leur devoir ... abuser de la confiance

a [illegible] de garder exactement [illegible] fidèlement le secret des choses qui sont venues à leur connaissance et qui doivent rester secrètes" (1) Domat, lois civiles, [illegible] 1, tit. 17-s.[illegible] par. 13).

Le même langage se trouve dans Merlin plus de cent années [illegible]: "Les médecins, chirurgiens, apothicaires et sages-femmes ne peuvent être forcés de déposer sur les faits relatifs aux maladies qu'ils ont traitées et pour lesquelles on leur a demandé le secret."

Cette doctrine est adoptée aujourd'hui par tous les auteurs [illegible].

L[illegible] Louis XI, en 1477, avait rendu une ordonnance obli[illegible] médecins ou chirurgiens à [illegible] pas réserver les confidences [illegible] reçues, à déclarer [illegible] contraire ce que, dans leur [illegible] professionnel, ils auraient [illegible] appris, vu ou compris, qui [illegible] aux intérêts de l'État [illegible] devraient livrer les cons[illegible] [illegible] auraient [illegible] ours à leurs so[illegible]

[illegible], le [illegible] Louis XIV renouvela la même ordonnance [illegible] été maintenue en France jusqu'en 1832.

En dehors de ces cas exceptionnels, les différentes juridic[illegible] étaient d'accord pour punir les violations du secret médical, non pas tant comme manquement au devoir professionnel, que [illegible] diffamation, comme [illegible] à autrui. C'est ainsi [illegible] arrêt du parlement de [illegible] du 15 juillet [illegible] condamné à l'amende et à la [illegible] un apothicaire coupable [illegible] avoir révélé la maladie vénérienne [illegible] était atteint [illegible]

[illegible] ans plus tard, le [illegible] 47, le Parlement de [illegible] confirma un arrêt co[illegible] gen à 15 livres [illegible] 1,000 livres de dommages [illegible], à six années d'in[illegible] et à l'amende honorable, pour avoir, en suite d'une [illegible] d'honoraires, prétendu que son client, l'un des cha[illegible] du chapitre d'Évreux, était atteint de maladie vénérienne. [illegible] vraisemblable que la situation particulière du client a pu in[illegible] sur la [illegible] [illegible], du [illegible]

En France, ce ne [illegible] lors de la discussion du code pénal promulgué le [illegible] 1806, que le manquement au [illegible] professionnel fut considéré et puni comme d[illegible]

L'article 378 du code pé[illegible] cas est ainsi conçu

" Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 francs à 500 francs."

Cet article contient une phrase qui appelle une explication: " Hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs." Existe-t-il donc des cas de cet espèce ? Ils ont existé, en effet; c'étaient les cas prévus par les articles 103 à 187 du Code pénal, reproduction de l'édit de 1666, relatifs à la déclaration imposée à toute personne de divulguer les " complots formés ou les crimes projetés contre la sûreté intérieure ou extérieure de l'Etat." La pénalité variait de la réclusion à l'emprisonement, suivant qu'il s'agissait du crime de lèse-majesté ou d'autres crimes contre la sûreté de l'Etat. Ces cinq articles ont été abrogés par la loi du 28 avril 1832.

L'obligation du secret médical n'est d'ailleurs nullement particulière à la loi française; presque tous les états modernes la proclament également et la sanctionnent aussi de peines sévères. Nous citons notamment les lois allemandes (C. pénal art. 300), autrichiene (C. pénal, art. 498), belge (C. pénal, art. 458), bernoise (C. pénal, art. 187), colombienne (loi 25 mai 1896), fribourgeoise (C. pénal, art. 410), genèvoise (C. pénal, art. 378), de Saint-Gall (loi 15 mai 1897), hongroise (C. pénal, art. 328 et 329), italienne (C. pénal, art. 163 et 467), de Lucerne (C. de police, art. 121), de Neufchâtel (C. pénal, art. 352), russe (C. pénal, art. 541), du Tessin (loi 26 nov. 1888-5-juillet 1889); C. pénal hollandais, art. 272.

Il n'existe guère de divergences entre ces diverses législations qu'à l'égard des exceptions ou limitations apportées au principe. Celles-ci ont généralement trait au fonctionement de la justice, à la préservation des maladies transmissibles et à la constatation de l'état civil.

Généralement une exception est admise pour le témoignage en justice (Autriche, Belgique, Hongrie); certaines lois ordonnent même au médecin de dénoncer les crimes ou délits que lui révèle l'exercice de sa profession (Italie, canton de St-Gall).

Presque toutes les lois étrangères sur la protection de la santé publique ou l'organisation de la médecine obligent les médecins à déclarer à l'autorité les cas de maladies transmissibles tombant sous leur diagnostic .

Enfin presque tous les codes civils ou lois sur les actes de l'état civil obligent les médecins, ayant assisté à la naissance d'un enfant, à la déclarer devant l'autorité publique, et certaines législations les astreignent à déclarer le décès de leurs malades et sa cause. Les codes criminels hongrois, italiens et russe vont beaucoup plus loin, en permettant au médecin de parler pour tout motif grave.

En Europe, l'Angleterre seule n'impose pas le secret médical. Taylor, dans son traité de médecine légale, a critiqué la législation établie en France à ce sujet. Il convient peut-être de rappeler ici que l'exercice de la médecine est absolument libre en Angleterre. Se déclare médecin qui veut, sauf à tomber sous le coup du droit commun en cas d'homicide par imprudence. L'Etat n'intervient que pour délivrer, moyennant 20 dollars, le diplôme de *Medical Doctor* aux étudiants qui ont subi avec succès les examens nécessaires. Il n'existe pas moins en ce pays un adage qui dit : "Discrétion is often the better part of valor."

Remarquons qu'en Angleterre de même que dans la province de Québec, et même alors que l'article 3995 A des Statuts Refondus n'existait pas (7 Ed. VII, ch. 4, sect. 11, 1907), personne n'était et n'est encore tenu de répondre à une question si la réponse tend à n'importe quelle manière à l'incriminer, car personne n'est forcé d'être témoin contre soi-même.

L'article 331 du Code de Procédure Civile se lit comme suit : " Le témoin n'est pas tenu de répondre aux questions qui lui sont faites, si ses réponses peuvent l'exposer à une poursuite criminelle. Lui seul peut élever cette objection."

En Allemagne le secret professionnel est réglé par l'article 300 du Code pénal qui équivaut à l'article 378 du Code pénal français ; il est ainsi conçu :

" Seront punis d'une amende jusqu'à 1 500 marcs (1 875 francs) et d'un emprisonement jusqu'à trois mois les avoués, avocats, défenseurs, médecins, chirurgiens, sages-femmes, pharmaciens, ainsi que les aides de ces personnes, qui auront sans au-

torisation révélé des secrets qui leur avaient été confiés à raison de leurs fonctions, profession ou métier. La poursuite n'aura lieu que sur demande."

En Belgique et en Italie, il n'y a pas de secret devant la justice.

II

En vertu des articles 297, 298 et 303 du code de procédure de la province de Québec, persone n'est dispensé de comparaitre devant les tribunaux. Ces articles sont ainsi conçus :

"Les témoins et les parties, s'ils ne consentent à paraitre, sont assignés, à la diligence de la partie qui en a besoin, par bref de *subpoena*, dont copie leur est signifiée au moins douze heures, si l'assignation leur est donnée dans la cité, ville ou municipalité locale où siège la cour, et, dans les autres cas, au moins un jour, avant celui fixé pour leur examen.

" Lorsque la distance excède cinquante milles, le délai est augmenté d'un jour à raison de chaque cinquante milles." (Art. 297).

" Le témoin peut être assigné, soit pour déclarer ce qu'il connait, soit seulement pour produire quelque document qui se trouve en sa possession, soit pour ces deux objets à la fois." (Art. 298).

" Le témoin assigné qui, sans raison suffisante, ne comparait pas aux lieu, jour et heure indiqué, peut, sur ordonnance préalable à lui signifiée personnellement, ou, s'il se cache, signifiée en la manière indiquée par le juge, être condamné à une amende n'excédant pas quarante piastres, laquelle est prélevée en faveur de la couronne de la même manière que toute autre somme adjugée par jugement, ou au paiement des dépens frustratoires prélevables par voie d'exécution en la manière ordinaire, ou aux deux, sans préjudice du recours de la partie qui l'a assigné, pour les dommages qu'elle souffre par ce défaut et de l'emprisonnement pour mépris de cour, s'il y a lieu ; mais seulement dans le cas où il a été, lors de la signification de l'ordre, offert une somme suffisante pour défrayer les frais de voyage du témoin au taux ordinaire alloué par le tribunal de son domicile." (Art. 303)

Les dispositions suivantes du Code C[illegible]inel canadien sont [illegible] même effet :

" Lorsqu'une personne comparait, soit en obéissance au bref d'assignation *subpoena*, soit à la suite d'un mandat, ou si, étant présente et verbalement requise par le juge de paix de rendre témoignage, elle refuse de prêter serment, ou si, après avoir prêté serment, elle refuse de répondre aux questions qui lui sont posées, ou refuse et néglige de produire les documents qu'il lui est enjoint de produire, ou refuse de signer sa déposition, *sans offrir dans aucun de ces cas une excuse valable de ce refus*, le juge de paix peut ajourner les procédures pendant toute période n'excédant pas huit jours francs, et peut en même temps, par un mandat de dépôt, faire conduire le récalcitrant en prison, à moins qu'il consente plus tôt à faire ce qu'on exige de lui." (Art. 678).

La règle générale est donc que tout citoyen, appelé en témoignage par la justice, est tenu de rendre entier hommage à la vérité.

Comment le médecin devra-t-il comparaitre pour satisfaire aux exigences de la justice et du secret professionnel? Le médecin peut concilier ces deux devoirs souvent opposés; l'obligation de satisfaire à la citation, imposée par les articles précédents, à toute personne, ne s'aplique pas à tous les faits connus de cette personne; cette obligation ne comprend pas les faits confiés au médecin sous le sceau du secret ou qui seraient de nature à l'exiger.

Une fois à l'audience, ou dans le cabinet du juge, et appelé à " satisfaire à la citation, " il lui est facultatif, suivant les inspirations de sa conscience, de répondre ou de ne pas répondre. Nous disons *facultatif*, bien que la plupart des médecins qui ont traité cette question au point de vue professionnel, aient jugé que jamais leurs confrères ne devaient répondre; mais j'expose ici des doctrines juridiques, non des devoirs moraux. Le médecin qui en répondant obéit à la loi et à la justice de son pays ne peut être exposé à aucunes poursuites, ni criminelles, ni civiles.

III

Jusqu'en 1907, la législation de la province de Québec ne reconnaissait pas explicitement au médecin le droit de ne pas révéler ce qu'il avait connu dans l'exercice de sa pratique; mais il devait être suppléé à cette lacune par la jurisprudence des tribunaux et par les règlements du collège des médecins.

Le bureau des gouverneurs du collège des médecins et chirurgiens de cette province a le pouvoir de faire des règlements pour la gouverne et la régie efficace de votre corporation, (S. R. Q. art. 3982) qui ont force de loi dès leur sanction par l'exécutif de la province. La loi médicale du Canada (S. R. C. ch. 137 s. 11) qui créa "Le Conseil médical du Canada," permet également à ce dernier d'établir des règlements. Or, la section VII du chap. IV des règlements du collège des médecins et des chirurgiens dit: "Sont dérogatoires à l'honneur professionnel et punissable comme tels les actes suivants: 1° Dévoiler un secret professionnel..."

De plus avant d'être admis à pratiquer, le médecin doit prêter le serment suivant:

"Je jure sur les Saints Evangiles que je suis la personne nommée et désignée sous le nom de.............................. dans les certificats et diplômes par moi produits aux fins de mon admission à l'exercice de la médecine, et que j'ai obtenu honnêtement et honorablement les dits certificats et diplômes, après l'accomplissement de toutes les formalités requises.

"Je jure de plus que je remplirai fidèlement les devoirs qui m'incombent comme médecin et chirurgien *et que je me soumettrai à tous les Règlements adoptés par le Collège des médecins et chirurgiens* de la province de Québec, pour la gouverne des membres de la profession. Ainsi que Dieu me soit en aide."

Violer le secret médical fut donc de tout temps violer un serment, et aucun tribunal ne pouvait légalement forcer un médecin à déposer contre les dictées de sa conscience. Cette question ne souffre plus de doute dans l'introduction de l'article 3995 A dans les Statuts Refondus de la province, voté en 1907, (7 Ed. VII, ch. 43, sect. 11) et qui se lit comme suit:" Un médecin ne peut être contraint de déclarer ce qui lui a été révélé confidentiellement à raison de son caractère professionnel."

La loi commune et vos règlements professionnels démontrent bien que l'observance du secret médical n'est pas facultative, mais obligatoire; comme dit Brouardel: " ce n'est pas un droit dont vous resteriez juges d'user ou de ne pas user, c'est un devoir."

L'article 332 du code de procédure civile se lit comme suit: " Le témoin ne peut être contraint de déclarer ce qui lui a été révélé confidentiellement à raison de son caractère professionnel

comme aviseur religieux ou légal, ou comme fonctionnaire de l'Etat lorsque l'ordre public y est concerné."

Cet article devrait n'en faire qu'un avec l'article 3995 A des Statuts Refondus de Québec.

Ces articles ont pour origine la nécessité d'assurer à certains secrets la barrière d'une infranchissable discrétion. Ces secrets sont notament ceux dont la révélation serait de nature à produire des effets plus funestes que le fait lui-même, quelque grave qu'il fût, qui a fait l'objet de la confidence.

Le secret est donc un devoir pour tous ceux que l'exercice de leur profession fait les confidents nécessaires d'une personne donnée.

Par cette expression *confident nécessaire*, M. Ch. Muteau entend la personne dont la profession appelle la confidence à l'exclusion de tout autre.

Que doit-on entendre par les mots *secret médical*. Tout est-il secret dans les rapports du malade et du médecin ? Qu'est-ce qu'un secret dans la vie ordinaire ? C'est une confidence faite par une personne à une autre avec la conviction intime que celle-ci ne la révèlera pas.

Pour que le secret existe, il n'est pas du tout nécessaire que le malade ait spécifié qu'il demande le secret; il est implicitement convenu, par les parties, par le seul fait de faire venir le médecin, de lui parler de la santé, de l'autoriser à faire toutes les recherches, même les plus intimes, que comporte la situation. Cette dernière doctrine est absolument admise par tous les commentateurs.

Tout fait parvenu à la conaissance des médecins, soit par une confidence, soit par la découverte que leur fait faire la confiance mise en eux, doit être considéré comme un secret; ce qui n'empêchera pas qu'ils puissent en être relevés lorsque, par exemple, c'est la victime qui viendra réclamer leurs secours et au lieu de leur faire un devoir de cacher la vérité leur fera au contraire celui de la dire. Il en serait pour cette hypothèse comme pour celle de la justice, alors qu'elle les commettrait pour l'aider à couvrir l'auteur d'un crime ou d'un délit, ce qui arrive, par exemple, dans les cas d'expertise.

IV

Le sage ne doit avoir d'autre gardien de son secret que lui-même.

Longtemps l'on a restreint l'obligation du secret aux "confidences" proprement dites. Mais il était deux manières de comprendre cette notion. Un vieil auteur enseigna d'abord que le secret portait seulement sur les faits volontairement dévoilés oralement au médecin par le client lui-même. Cette doctrine n'a jamais fait école, ni obtenu l'adhésion de la jurisprudence; et l'opinion unanime admet depuis longtemps que le médecin doit taire les faits dont le secret importe au malade, sans distinguer entre les confidences orales du client et les constatations dues aux seules lumières du médecin. L'industrie professionnelle de celui-ci lui fera naturellement découvrir seul des choses ignorées du malade, ou même cachées par lui. Le client tremblerait sans cesse à la peur d'une découverte de ce genre, et renoncerait souvent à mander un médecin près de lui, s'il n'était sûr de sa discrétion sur les secrets qu'il apprendra tout seul. On avait tenté de perfectionner cette théorie en admettant que, si l'obligation du secret englobe les constatations spontanément faites par le médecin, c'est à la condition que le malade lui ait formellement demandé le silence.

C'était un formalisme bien étroit et bien peu raisonnable. Comment imposer, en effet, aux personnes accablées par la maladie la charge de recommander le secret au médecin ! D'ailleurs, si pareille recommandation a pu être autrefois dans les mœurs, on la trouverait aujourd'hui singulièrement choquante et parfaitement déplacée. Nos usages ne s'y prêtent nullement. Jurisprudence et doctrine sont donc d'accord pour admettre, à côté des confidences ,des faits secrets par leur seule nature.

Il n'est pas nécessaire, dit M. Hémar (1), précisément au sujet du médecin, que le fait ait été expressément confié à titre de secret. Toute confidence du malade, étant le résultat de la nécessité où il se trouve d'invoquer le secours de la scieice, est présumé

---

(1) Annales d'hygiène publique de médecine légale 1868.

faite sous le sceau du secret. C'est ce que la doctrine qualifie de *secret nécessaire.* Ainsi que l'a dit M. l'avocat général Queneault (affaire Saint-Pair) : " Entre la malade et son médecin les confidences sur les causes de la maladie sont forcées, puisqu'elles peuvent seules mettre sur la voie de la guérison. Le dépôt des secrets du malade dans la conscience du médecin est donc un dépôt necessaire."

V

Le secret médical oblige toutes les personnes que leur profession rend confidents nécessaires des secrets des malades. En France, toutes les personnes qui exercent légalement l'art de guérir : les médecins, chirurgiens, officiers de santé, dentistes, sages-femmes, pharmaciens, entrent dans cette catégorie ; dans la province de Québec, si nous nous en tenons au texte même du code de procédure (art. 332) et des statuts refondus (art. 3395 a), il n'y a que le médecin, l'aviseur religieux ou légal et le fonctionnaire de l'Etat qui ne puissent être contraints de déclarer ce qui leur a été révélé à raison de leur caractère professionnel.

L'article 3995 des statuts refondus, qui permet au médecin de ne pas révéler confidentiellement, est loin d'être aussi explicite que l'article 378 du code pénal français, qui astreint au silence " toute personne dépositaire par état ou profession des secrets qu'on lui confie," de telle sorte que la jurisprudence française n'a jamais hésité à comprendre dans cette formule générale des personnes dont la foi ne parlait pourtant pas formellement, savoir : les avocats, les notaires, les ministres des divers cultes, les dentistes, les directeurs de maternité, les commissaires de police, etc.

Comment l'article du code de procédure français qui correspond à l'article 332 du code de procédure de notre province, Garsonnet, dans son traité de Procédure, dit :

" Sont exceptées en partie de ces dispositions, c'est-à-dire sont tenues de comparaître et de prêter serment, mais non de déposer, les personnes qui sont astreintes au secret professionnel, et qui ne pourraient le trahir sans manquer à un *devoir de conscience* et sans commettre en même temps le délit prévu par l'article 378 du code pénal. Tels sont, aux termes de cet article, les

médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens et sages-femmes, les confesseurs, magistrats, notaires, avoués, avocats, agréés près les tribunaux de commerce, membres des tribunaux d'assistance judiciaire et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie." 3 Garsonnet, Proc. par. 833.

En France, depuis 1810, le secret médical constitue donc *une obligation légale* tandis que dans cette province la loi de 1907 ne fait que créer *un privilège* en faveur des médecins; comme *obligation professionnelle*, le secret médical remonte cependant aux temps les plus reculés.

Les arrêts de la Cour de Cassation rapportés dans Sirey, 1901, forment le dernier terme d'une longue évolution qui a déterminé progressivement la nature assignée par la jurisprudence aux devoirs du secret professionnel qu'impose aux médecins le code pénal. Elle est arrivée à lui donner un caractère absolu, et ces arrêts admettent cette conséquence: ni en matière civile, ni en matière répressive, le médecin ne doit être reçu à témoigner sur des faits qu'il n'a connus que par l'exercice de sa profession, et si, en fait, son témoignage a été reçu et recueilli, les juges n'en doivent tenir aucun compte et l'écarter des débats; juridiquement, il n'existe pas.

Dans cette province, les lois actuellement en force ne justifieraient pas une jurisprudence aussi absolue.

VI

Il ne serait pas exact de dire que le secret professionel n'est violé que lorsque la révélation est de nature à entacher l'honneur ou à compromettre la considération des personnes; on peut cependant admettre que la divulgation d'un fait indifférent, quoique confidentiellement communiqué, ne constituerait point de délit. C'est ainsi qu'un médecin a le droit de dire que tel de ses clients est atteint de bronchite, diphtérie ou fièvre typhoïde, car ce sont des maux que les intéressés avouent tous les jours. Au contraire, dès que l'intérêt du malade exige le silence, commence l'obligation du secret pour le médecin.

Deux décisions rendues en France, dans des espèces voisines

l'une de l'autre, relativement aux administrations des hôpitaux, marquent nettement cette opposition. Dans les deux cas l'on demandait d'attester l'admission d'un malade à l'hôpital. Dans le premier, comme il s'agissait d'un hôpital où les indigents étaient soignés pour toutes sortes de maladies, la Cour déclara que le secret n'était pas engagé. (Cass., 16 mars 1893, S. 93. 1. 280). Dans le second, où il s'agissait de l'admission d'une femme dans une maternité, la Cour jugea au contraire que le directeur devait se taire. (Cass., 14 mars 1895, Pand. fr. 95. 1. 163; S. 95. 1. 375).

D'après un arrêt de la Cour de Cassation, le médecin ne peut même pas dire qu'il a été consulté, s'il en doit résulter la divulgation d'un secret. (Cass., 10 mai 1900. Sirey, 1901, 1. 161.)

D'après le professeur Brouardel, les éléments constitutifs du secret médical portent sur la nature de la maladie, le pronostic et les circonstances spéciales qui l'accompagnent. M. Brouardel prétend que le silence doit toujours être gardé, même lorsqu'il s'agit de maladies n'ayant rien de secret; car c'est à cette condition seule que le silence ne sera jamais interprété dans un sens défavorable. Le savant médecin se place ici à un point de vue de déontologie médicale que le législateur ne semble pas avoir envisagé.

Il reste donc admis que, si le médecin n'est pas toujours astreint à une obligation légale, il est moralement tenu à la discrétion.

Il y a des faits qui peuvent venir à la connaissance du médecin à l'occasion de l'exercice de sa profession, qu'il ne connait que parce que, comme médecin, il est entré dans la maison, mais qui, n'ont pas de rapport avec le malade ou la maladie, qui sont extra-médicaux; tels sont les scènes ou dissentiments de famille ou de ménage, arrangements pécuniaires ou discussions d'intérêts entre parents, confection ou révocation de testaments, recommandations verbales des mourants à leur entourage, etc.

La révélation de ces faits est-elle permise ? Les auteurs français sont divisés sur la question, mais la Cour de Cassation paraît étendre le secret même aux constatations de cet ordre, ce qui est conforme à la tradition de l'ancien droit. (Sirey, 1886, 1 [illegible].)

"Il arrive parfois," dit Brouardel, " que le médecin se trouve

être témoin de scènes de violences entre un mari et sa femme, ou l'une des parties se plaint à lui, une action en séparation, en divorce survient, et l'on demande le témoignage du médecin. Que doit-il faire ? Il doit garder le secret et ne s'en laisser relever par aucune des parties, ainsi que l'a jugé la Cour de Caen, au sujet des poursuites intentées, non contre un médecin, mais contre l'abbé Pierre Fay, desservant à Pont-Farcy (Calvados), qui, cité comme témoin dans une affaire de tentative de meurtre par un mari jaloux, avait été condamné à 100 francs d'amende pour s'être refusé à déposer de ce qu'il pouvait avoir appris par les confidences de la femme du prévenu (même en dehors de la profession). La Cour a proclamé, non pas que le prêtre pouvait ne pas révéler, mais qu'il devait ne pas révéler le secret auquel il était tenu par l'article 378 du code pénal."

VII

Le silence quant au secret du malade s'impose-t-il aux personnes à qui les médecins les auraient communiquées ? Sans parler de celles à qui il les révèle par simple indiscrétion et qui certainement en répétant la confidence deviendrait complice de sa faute, il est plusieurs catégories de personnes qui reçoivent légitimement communication des secrets du malade, spécialement celles de son entourage qui lui donnent leurs soins, les membres de sa famille, et certains représentants de l'autorité publique.

Ces derniers doivent nécessairement garder un secret dont ils sont eux-mêmes dépositaires à raison de leur état ou profession. Ainsi les maires, les préfets et les employés de leurs bureaux doivent taire les déclarations des cas de maladies transmissibles que les médecins sont légalement tenu de leur faire.

Le juge Langelier, dans son traité sur la preuve, commentant l'article 332 du code de procédure civile, à l'effet que le témoin ne peut être contraint de déclarer ce qui lui a été révélé confidentiellement, dit ce qui suit :

" A qui est donné cette protection ? D'abord à l'avocat ; en second lieu, au ministre du culte. Les avocats ne sont pas obligés de dire ce qui s'est passé entre eux et leurs clients dans l'exercice de leur profession. Ils n'ont même pas le droit de le déclarer sans

le consentement de ses clients. Cela s'étend, non seulement à ce que leur ont dit leurs clients, mais aux documents qui peuvent leur avoir été communiqués par eux, et à ce qu'eux-mêmes peuvent leur avoir dit. Cela s'étend aussi à ce qui leur a été dit ou communiqué par d'autres personnes de la part de leurs clients.

" Mais il y a diverses exceptions à cette règle.

" L'avocat ne peut être forcé de déclarer ce qui s'est passé entre lui et son client dans leurs relations professionnelles ; mais le client lui-même, si c'est lui qui est entendu comme témoin, peut-il être forcé de le dévoiler ? Ou bien jouit-il de la même immunité que l'avocat ? Il faut dire aujourd'hui que, dans tous les cas où l'avocat pourrait refuser de répondre, le client lui-même le peut aussi. Pendant longtemps on avait donné moins d'étendue à l'immunité du client qu'à celle de l'avocat, mais, depuis la décision de lord Selborne dans la cause de Minet vs. Morgan, la doctrine contraire est admise comme étant la loi.

"Même le clerc d'un avocat ne doit pas dire ce qui est venu à sa connaissance, et que son patron devrait refuser de dire. L'interprète employé entre l'avocat et son client est exempté de répondre.

" Du moment que les conditions de l'immunité ont existé, l'avocat doit refuser de répondre quand même il aurait cessé d'agir pour son client, quand même il serait devenu intéressé dans l'affaire au sujet de laquelle il a été consulté.

"Le privilège de l'avocat, de ne pas répondre, est plutôt le privilège de son client que son privilège à lui. En conséquence, il n'a pas droit d'y renoncer, et son client peut y renoncer et le mettre ainsi dans la nécessité de répondre." 16 R. L., 22.

" Les termes de l'article 332 devraient même, je crois, chez vous, faire étendre le privilège dont il s'agit à la personne qui, sans avoir été admise à l'exercice de la profession d'avocat ou de notaire, est dans l'habitude de donner des consultations. Car, en Angleterre, où l'on se montre si difficile sur l'extension de ce privilège, on l'accorde à un individu auquel des confidences ont été faites, parce qu'on le croyait erronément avocat.

Langelier ; de la preuve, nos. 823, 827, 829, 831, 832, 834.

Il va de soi que ce que le juge Langelier dit de l'aviseur légal s'étend aux autres confidents nécessaires mentionnés dans le code

de procédure civile, à l'article 332; les mêmes commentaires s'appliquent aux médecins depuis le statut 7 Ed. VII, ch. 43, sect. 11, en vigueur depuis le premier septembre 1907.

Toutes vérités ne sont pas bonne à dire.
(*Prov.*)

VIII

" Celui à qui vous dites un secret devient maitre de votre liberté", écrivait dans ses mémoires, l'auteur des Maximes.

Aussi de tout temps la réprobation a-t-elle frappé les personnes qui, par inadvertance ou par malignité, révélaient les confidences dont elles étaient dépositaires.

" Commise par un particulier, écrivait en 1904 le bâtonnier Bourdillon, cette indiscrétion constitue suivant le cas, un péché véniel, ou une faute contre l'honneur; elle ne saurait intéresser l'ordre public. Le législateur a jugé inutile de la réprimer, ne donnant à la victime que la ressource souvent illusoire de l'article 1053 du Code civil.

" Commise au contraire par ces "confidents nécessaires" dont l'existence est consacrée au relèvement des âmes, à la guérison des corps où à la défense des personnes et de leurs biens les plus chers, la trahison revêt un caractère redoutable.

" La socéte a le droit de s'émouvoir et l'obligation d'intervenir, car elle constate la méconnaissance d'un principe essentiel à son repos: c'est-à-dire une atteinte dangereuse portée à cette confiance dans les "confidents nécessaires", confiance salutaire à la seule condition d'etre inébranlable dans l'esprit de tous ceux-là,—et ils sont légion,—qui ne peuvent obtenir qu'aux prix d'aveux sans réserves ou de confessions sans réticences, les soins ou les conseils, l'aide ou le secours, quelquefois même les consolations dont ils ont l'impérieux besoin ".

La révélation prohibée consiste dans la communication à un tiers par un procédé quelconque d'un fait inconnu de lui. Le repos des malades ne sera pleinement assuré que si le médecin conserve scrupuleusement leurs confidences pour lui seul.

Toute divulgation de secret est donc condamnable, qu'elle soit

faite dans la forme solennelle d'un témoignage en justice ou dans un certificat, par indiscrétion commise dans un article de revue ou de journal, dans une conversation ou dans une simple lettre missive. C'est pourquoi il ne faut pas hésiter à proclamer que le règlement d'une usine, d'une caisse, d'une assurance quelconque est et doit rester lettre morte lorsqu'il est en contradiction avec un texte précis de la loi et une règle d'ordre public.

Le fait que le médecin n'est pas rétribué par le malade ne change rien aux droits et aux devoirs respectifs des parties ; le malade assisté gratuitement a droit aux mêmes égards et à la même protection que le malade riche ; ce serait faire payer trop cher les soins qu'on donne à un malade que de lui demander en échange des secrets intimes ; la confiance absolue du malade envers celui qui lui prodigue ses soins est la condition essentielle de l'exercice de la médecine.

Il ne peut y avoir de doute que le client ne peut dégager le médecin de l'obligation au secret professionnel, puisqu'on ne peut déroger par des conventions particulières aux lois qui intéressent l'ordre public et [illegible] mœurs ; de telles conventions sont absolument nulles et ne produisent aucun effet : " Juri publico privatorum pactis derogari non potest ". Code civil, art. 13.

[illegible] en ce sens que plusieurs arrêts de tribunaux français [illegible] jugements des cours inférieures, parce que ces arrêts [illegible] uniquement sur le témoignage du médecin. La Cour [illegible] prohibe d'une façon absolue la révélation de la ma[illegible] [illegible]decin, et la doctrine admet généralement que le con[illegible] [illegible] client n'enlève pas à cette révélation son caractère répréhensible (Cf. Cour de Cass[illegible] 3 mars 1897, Sirey, 1898, 1 . 425. Sirey, 1806, 1 . 81).

Il a été jugé qu'il appartient avant tout à l'avocat lui-même d'apprécier si, dans tel cas donné, il est ou [illegible] lié par le [illegible]ret : mais il n'exerce ce droit que sous le contrôle de la justice [illegible]rsqu'il est constaté que les faits sur lesquels il dépose ne [illegible]us à sa connaissance que sous le sceau du secret professionnel, l'ordre public s'oppose à ce que le juge ait égard à ce témoignage et tienne compte des faits ainsi révélés. Pand. fr. rep. v[illegible] re[illegible] professionnel, n. [illegible]

Jugé de même que si toute personne appelée en témoignage

est tenue de déclarer tous les faits à sa connaissance, cette obligation n'existe, pour certains témoins, que sous les restrictions que leur imposent, dans un intérêt d'ordre public, la loi et les devoirs de leur profession. Les nécessités du droit de la défense, qui domine tous les autres, exigent que l'avoué soit dispensé de déposer sur les faits qu'il déclare n'avoir connus qu'en sa qualité d'avoué. Pand. fr. Rep. vo. Secret professionnel, n. 68.

Comment une violation du secret professionnel le médecin qui, cité dans une enquête à fin de divorce, à la requête d'un des époux, affirme que l'autre conjoint est atteint d'une maladie mentale, dont il indique le nom, l'origine et les manifestations.

Pand. fr. Rep. vo. Secret professionnel, no. 39. .

Hors les cas où la loi lui en fait un devoir, le médecin n'est jamais tenu de révéler les secrets qui lui ont été confiés à raison de sa profession, même lorsqu'il s'agit d'éclairer la justice. L'obligation au silence existe pour le dépositaire des secrets d'autrui, même quand la personne qui lui a confié un secret l'autorise à parler et à déposer devant la justice. Pand. fr. pér., 1895. 5.47. Pand. fr. Rép., vo. Médecine et Pharmacie, no 617.

Dans le cas particulier du témoignage en justice, le juge peut exiger du médecin, pour le dispenser de déposer, l'affirmation que les faits sur lesquels il est appelé à s'expliquer lui ont été confiés sous le sceau du secret ou que ces faits sont par leur nature confidentiels.

C'est au médecin français Cazeaux que revient l'honneur d'avoir, pour la première fois, fait admettre par la Cour en 1853 la phrase suivante: " Je considère comme confidentiels les rapports qui ont amené à ma connaisance ce que vous me demandez, et je ne puis vous répondre ".

Aux termes d'une jurisprudence constante, dit Brouardel, celui que la loi oblige au secret professionnel est seul juge dans son âme et conscience de la question de savoir s'il a été, ou non, consulté sur le sceau du secret

Le médecin doit donc résister à toute pression exercée sur lui afin d'obtenir qu'il parle, quelque soit l'intérêt mis en jeu. Le prêtre et le médecin sont également liés, l'un par la confession, l'autre par la confidence, alors même qu'elle ne s'est pas exprimée, et qu'elle a été devinée par l'homme de l'art. Il a été jugé au

tribunal de la Seine, 18 mai 1900, que pour être lié, le prêtre n'a pas besoin d'avoir connu le fait, sous le sceau de la confession. Toute confidence faite à un ministre du culte l'astreint au secret. (1)

Ces principes s'appliquent spécialement à la province de Québec, d'après la " Loi de la preuve en Canada ", S. R. C., ch. 145, sec. 35, laquelle, sous le titre de " Lois Provinciales concernant la preuve " édicte que :

" Dans toutes les procédures qui relèvent de l'autorité législative, du parlement du Canada, les lois de la preuve qui sont en vigueur dans la province où est prise cette procédure, y compris la loi de la preuve de la signification d'un mandat, d'une sommation, d'une assignation ou d'une autre pièce, s'appliquent à ces procédures, sauf les dispositions de la présente loi et des autres lois du Canada ". 56 Vic., c. 31, art. 21.

La cour d'appel du Manitoba admet elle-même qu'un témoin peut avoir des motifs valables de se refuser à rendre témoignage, comme en fait foi la décision suivante :

" To justify a magistrate in committing a witness under sec. 585 of the Criminal Code for refusing to answer a question put to him upon a preliminary enquiry, it must appear not only that the witness refused *without just excuse* to answer but that the question asked was in some way relevant to the charge ". Manitoba, C. K. B., 1905. *Re* Ayotte, 9 Can. Cr. Cass., 133.

Un arrêt de la Cour Suprême décide que l'avocat a toujours été tenu de garder un secret inviolable sur tout ce qu'il apprend à ce titre : que cette obligation absolue est d'ordre public, et qu'il ne saurait, dès lors, appartenir à personne d'en affrancrhir celui qui l'a contracté. Pand. fr. Rep., vo. Secret professionnel, no 21.

Jugé, encore, que le médecin n'est pas nécessairement relevé du secret professionnel, par cela seul que son client a déclaré l'en délier : ce dernier, ignorant les choses découvertes par le médecin, ne peut connaitre la portée de son autorisation. (Trib. Rennes, 12 juin 1903, Gaz. Pal. 1904, 1 . 37). Pand. fr. Rep., vo. Secret professionnel, no 22.

---

(1) Morache, La profession médicale.

Les lettres écrites par un médecin, qui se rapportent à des constatations qu'il a faites en donnant des soins à un individu, ne peuvent donc être produites en justice, même du consentement de celui-ci. (Douai, 28 janvier 1896, D. P. 1896, 2. 521). Pand fr. Rep., vo. Secret professionnel, no. 23

Jugé, d'autre part, que le secret professionnel est institué uniquement dans l'intérêt des clients, et dans le but de protéger ces derniers contre les révélations qui pourraient leur etre préjudiciables, et, par suite, il ne saurait y avoir violation illicite et répréhensible du secret professionnel, de la part d'un avocat qui, en livrant à la publicité les confidences qu'il a reçues, se propose de défendre, et défend en réalité, les intérêts dont on lui a confié le soin et la garde.—(Montpellier, 7 mai 1900, Gaz. Pal., 1900, 2. 377.) Pand. fr. Rep., vo. Secret professionnel, no 24.

Nos tribunaux ont décidé:

"Que les déclarations d'un médecin, entendu comme témoin à une enquête du coroner, n'entrainent aucune responsabilité civile, lors même qu'elles sont erronées, et quelque grave que soit l'atteinte à la réputation. Des propos subséquents, tenus sans malice et qui n'ont d'autre objet que de soutenir le bien-fondé de ces déclarations devenues notoires, ne donnent pas, non plus, ouverture à l'action en dommages. Un témoin ne peut pas être responsable des procédures irrégulières du coroner, aux ordres et aux instructions duquel il obéit de bonne foi, et dont il n'a pas le droit de discuter la compétence

"Qu'un médecin qui exprime, de bonne foi, dans un bal, à un ami qui le consulte en passant, son opinion contre un traitement secret et nouveau adopté par un confrère pour accoucher les femmes, sans douleur, et qui cite un cas où une femme serait morte après avoir subi ce traitement, référant en même temps pour les détails à un troisième médecin appelé à cet accouchement, ne peut être recherché pour diffamation, parce que cette conversation est privilégiée. (21 R. L., 461.)

"Qu'un médecin n'a pas le droit de publier, dans un compte pour services professionnels, la nature de la maladie pour laquelle ilréclame le prix de ses servics, lorsque telle publication est de nature à injurier ou à blesser son débiteur. (9 R. L., 579.)

IX

Le médecin ne peut délivrer de certificat qu'à la personne même qui l'a consulté ou à demandé ses soins. Sirey, 1887, 2. 69. Sans l'autorisation de celle-ci, elle ne pourra jamais en délivrer à un tiers sur les faits relatifs à cette consultation ou à ce traitement. Tel est le principe admis par la jurisprudence.

Le médecin qui agirait autrement, en délivrant un certificat à un tiers ou à la partie adverse de son client, violerait certainement le secret professionnel, et à coup sûr il s'exposerait à des dommages et intérêts.

En principe, le médecin n'est pas obligé de délivrer à la personne qu'il a délivrée ou soignée le certificat que celle-ci lui demande. C'est qu'en effet, il n'a point contracté une semblable obligation par le seul fait d'avoir donné une consultation et des soins.

La demande adressée par le client et contenant de la part de celui-ci une renonciation au secret, n'oblige pas davantage le médecin; car l'obligation au secret n'a pas été établie dans le seul intérêt du malade, elle l'a été en même temps dans l'intérêt du malade et de son médecin qui reste juge en même temps de son devoir moral et professionnel.

Par une convention précise, le médecin, en donnant une consultation ou des soins, pourrait valablement s'engager à donner un certificat à son client. Le contrat aurait un objet parfaitement licite. Le médecin pourrait également s'engager à délivrer un tel certificat après la mort de son client, aux personnes que celui-ci désignerait.

On peut stipuler au profit d'un tiers, lit l'article 1029 du Code civil, lorsque telle est la condition d'un contrat que l'on fait pour soi-même, ou d'une donation que l'on fait à un autre. Celui qui fait cette stipulation ne peut plus la révoqur, si le tiers a signifié sa volonté d'en profiter.

Si le client d'un médecin peut, dans certains cas, relever celui-ci du secret professionnel, ce droit ne se transmet pas aux héritiers. En conséquence, le médecin auquel le tuteur des héritiers d'une personne décédée apres avoir contracté une assurance sur la vie réclame, pour se conformer aux prescriptions de la p

lice d'assurance, un certificat constatant le genre de maladie auquel l'assuré a succombe, est en droit de refuser à délivrer ce certificat en invoquant les règles du secret professionnel. Le médecin est seul juge, dans son âme et conscience, de la question de savoir s'il a été ou non consulté sous le sceau du secret. S. 87, 2. 69. Pand. fr. rép., vo. Art. de guérir, no 450.

Le médecin auquel les représentants d'une personne décédée, après avoir contracté une assurance sur la vie, réclament, pour se conformer aux prescriptions de la police d'assurance, un certificat constatant le genre de maladie auquel l'assuré a succombé, est en droit de se refuser à délivrer ce certificat, en invoquant les règles du secret professionnl.— (S., 1887, 2. 94.) Pand. fr. Rep., vo Secret professionnel, no 36

Un médecin étant obligé par son serment au secret professionnel est seul juge de la question de savoir s'il a été, ou non, consulté sous le sceau du secret. En conséquence, il ne peut être tenu de délivrer un certificat constatant le genre et la durée de la maladie qui a entraîné la mort d'une personne assurée sur la vie, alors même que la production d'un tel certificat est exigé par la police d'assurance, cette police n'étant pas opposable au médecin, qui est un tiers à l'égard de ce contrat. — (Trib. le Havre, 30 juillet 1886, Pand. fr. Pér., 1887, 2. 199.) *Id.*, no 618.

Lorsque le médecin qui a soigné l'assuré pendant sa dernière maladie, se refuse, en invoquant les règles du secret professionnel, à délivrer au représentant de l'assuré un certificat constatant le genre de maladie auquel celui-ci a succombé, la compagnie d'assurance sur la vie ne peut se prévaloir des stipulations de l'assurance, qui subordonnent le paiement de l'assurance à la production de ce certificat, pour se refuser à verser au représentant de l'assuré le montant de l'assurance stipulée.— (Paris, 4 février 1891, S. 1891, 2. 471.) *Id.*, no 619.

La publication, dans un ouvrage, par un médecin, de la photographie d'une personne traitée par lui à l'hôpital, et des observations faites sur cette personne relativement à ses antécédents héréditaires, aux phenomènes de la maladie, et surtout aux résultats des expériences hypnotiques auxquelles elle a été soumise, en vue de la recherche ou de l'institution du traitement aproprié à son état, constitue, en l'absence de toute autorisation de la per-

sonne même, le délit de violation du secret professionnel prévu par l'article 378 Code pén., délit qui, existant même sans intention de nuire, ne saurait s'excuser, ni par un but scientifique, ni par un intérêt social, en dehors des cas limitativement prévus par la loi. *Id.*, no 624.

Les tribunaux ne sauraient faire état de certificats médicaux produits au cours d'une instance en nullité de constitution de rente viagère, et émanant d'un médecin qui a soigné le crédi-rentier au cours de sa dernière maladie, une telle production constituant une violation du secret professionnel ; ce secret est la propriété exclusive du malade qui l'a confié, et, après la mort de celui-ci, nul ne peut relever le médecin qui l'a reçu, de l'obligation qui lui incombe de le garder. Pand. fr. Rép., vo. Médecine et pharmacie, no 627.

X

L'interdiction de révéler le secret professonnel est-elle abso-ie ou doit-on admettre que le client puisse relever le médecin de n obligation de discrétion ?

Le plus grand nombre des canonistes enseignaient, avec S. homas d'Aquin, que la conservation du secret étant de droit iturel, personne ne pouvait en être délié même par le commanment d'un supérieur. (1)

En Allemagne la loi permet aux clients de relever le médecin cette obligation.

En France, il y a une tendance très prononcée au secret prosionnel absolu ; cette dernière opinion est certainement la meilire, car si l'on admet que le client peut délier du secret profesnnel le confident nécesaire, on en conclura immédiatement il a quelque chose à cacher quand il se refuse à délier ; il y aura ne en cas de refus une présomption défavorable au client

C'est la déposition en justice des confidents nécessaires qui me lieu aux discussions les plus vives. Deux systèmes radi ix se trouvent en présence : celui de l'obligation et celui de l'inliction de témoigner ; un troisième système intermédiaire, sancnné par nos lois civiles, est celui de la dispense de témoigner.

(1) Verwaest, Le secret professionnel.

Pour ce qui a été révélé confidentiellement, en raison du caractère professionnel, le médecin n'est pas indispensable comme témoin; un expert commis par le tribunal ou encore plusieurs experts peuvent toujours éclairer suffisamment la justice.

Le parquet a ses médecins légistes; c'est à eux de formuler un diagnostic rétrospectif et de l'éclairer. L'accusé n'a pas qualité pour vous relever du secret professionnel, si votre conscience vous crie que vous ne le devez pas; la personne en cause pouvant ne pas être la seule intéressée et ne pouvant toujours apprécier les conséquences de vos révélations.

La loi de Suisse punit l'*indiscrétion profesionnelle* et non pas la déposition en justice.

Le médecin est dans une situation tout à fait différente d'un ami qui n'est pas forcé à écouter la confidence de son ami, tandis qu'un médecin ne peut pas se refuser à entendre la confidence de son client.

Le médecin n'est pas obligé de dénoncer à la justice un attentat contre la sûreté publique, contre la vie ou la propriété des individus. Si le médecin parle dans certains cas et se tait dans d'autres, le juge déduira une présomption de culpabilité toutes les fois que le médecin refusera de parler.

" N'est-il pas évident, écrit Hémar, que si l'ordre social est intéressé à la répression des crimes et des délits, il ne lui importe pas moins de conserver à des fonctions, sur lesquelles la société s'appuie, une indépendance qui seule peut garantir les intérêts qu'on leur a confiés ".

Porter jusqu'à ses dernières limites le droit de punir, exiger ensuite en son nom la violation des confidences les plus intimes, tout immoler en vue de l'expiation, c'est enlever du même coup leur sûreté et leur dignité à ces résolutions qui unissent le client à l'avocat, le malade au médecin, le pénitent au confesseur et qui elles aussi touchent à l'ordre public.

La punition de quelques criminels ne compense pas un si grand sacrifice.

Dechambre a dit avec autant de raison: " C'est en opposant l'utilité publique au droit et au devoir qu'on arrive en toutes choses à la dissolution des principes tutélaires de la société; en politique à l'arbitraire; en droit à l'injustice; en morale au re

lâchement. N'est-ce donc pas dans un intérêt public que la loi nous impose le secret ? et quand cet intérêt nuirait à d'autres, fût-ce à de plus considérables, qui nous a constitués juges de la différence ? Qui nous a donné le pouvoir de choisir ? "

Bruno-Lacombe, en une seule phrase, exprime bien nettement la même pensée : " Nul, dit-il, n'est assez sûr de lui-même pour mettre sa conscience au-desus de la loi ".

> Secret de deux, secret de Dieu
> Secret de trois, secret de tous.
> (Prov.)

Pratiquement, quels dangers ne résulteraient pas de la possibilité de relever le médecin du secret et de l'autoriser à parler ! L'intéressé ne peut, en effet, apprécier tout ce que le médecin a appris en lui donnant ses soins et discerner la portée des constatations qu'il a pu faire. Ces circonstances, le médecin les a gardées devers lui ; car le médecin a des secrets à garder même vis-à-vis du malade : parler, ce serait les lui faire connaitre. Prenons un exemple :

Un père de famille a su que tel jeune homme qui sollicitait la main de sa fille a été atteint de crachements de sang ; accompagné du fiancé, il se rend chez le médecin de ce dernier et le prie de lui donner quelques éclaircissments. Le jeune homme parait bien portant, il offre l'aspect d'une santé au moins normale ; il invite le médecin à parler, à témoigner de sa complète guérison, dûe certainement aux soins excellents qu'il a reçus. Or, le médecin sait pertinemment que son client est d'origine suspect au point de vue bacillaire, qu'il lui reste une induration caractéristique à un sommet ; que, si la santé générale parait bonne, cela tient à ce que l'ex-malade suit un bon régime ; d'autre part, il le sait fort impressionnable et, pour ce fait, ne lui a dit, de la vérité clinique, que ce qui était nécessaire pour qu'il se soignât régulièrement. Le médecin peut-il se regarder comme dégagé par l'autorisation du jeune homme qui le sollicite de " tout dire ", mais qui ignore combien " ce tout " lui serait fatal ? Evidemment, non ! le médecin doit se retrancher derrière un principe absolu. Il se taira, et de même il restera muet dans tous les cas, car s'il transige une seule fois, on pourrait lui reprocher, dans un autre, que, s'il

refuse, c'est qu'il n'a rien que de défavorable à dire, pour son ancien malade.

Mais de ce qu'il peut, s'ensuit-il qu'il doit? La loi ne lui interdit pas, mais elle ne saurait lui ordonner; son honeur lui défend, car, ou bien il parlera, et peut alors manquer à son devoir envers le malade, ou il ne dira pas la vérité tout entière et manquera à l'honneur, s'il a, comme dans beaucoup de cas, prêté le serment de dire toute la vérité. Que de fois les choses se passent ainsi, dans les cas d'enquête en vue d'action en séparataion de corps, circonstances si commune dans la vie médicale.

Un arrêt de la cour de cassation du 11 mai 1844 a établi, à propos d'un avocat, que " l'obligation au secret est d'ordre public, qu'il ne saurait appartenir à personne d'en affranchir, que l'avocat cité en témoignage n'a pour règle, dans sa déposition,, que sa conscience, et qu'il doit s'abstenir de toutes les réponses qu'elle lui interdit." Il convient donc d'adopter le principe défendu par M. Hémar à propos de la révélation: " Le malade n'en connait pas toute la portée: qui sait s'il pourra porter le poids de la vérité toute entière. Le consentement de la partie intéressée laisse au médecin sa liberté entière". (1)

En matière d'assurance sur la vie, on sait que les compagnies font examiner ceux qui veulent s'assurer, soit par un médecin spécialement au service de la compagnie, soit par celui qui traite ordinairement le candidat. Dans le premier cas, il y aura assez rarement des difficultés, car le médecin employé de la compagnie, et qui lui doit par conséquent son avis, est accepté comme expert par l'assuré, et ne lui fait connaître ses conclusions que par le résultat et non par les motifs. Mais quand la compagnie s'adresse au médecin de l'assuré, celui-ci doit être souverain juge de la convenance de délivrer le certificat exigé. (2)

Au point de vue légal, il ne saurait exister de secret entre le médecin et le malade, bien entendu, en ce qui concerne. Mais, très certainement, le premier n'est pas tenu de tout dire à ce dernier sur son état, sur les dangers qu'il peut courir, sur l'issue plus ou moins éloignée de la maladie.

(1) HEMAR — Le secret médical au point de vue des crimes

(2) GUERIER et ROTUREAU — Jurisprudenée médicale

M. le professeur Brouardel a fait ressortir une défaillance du devoir professionnel qui semble absolument entrée dans les mœurs, alors qu'il s'agit d'une personnalité marquante. Pour les gens haut placés, dans le domaine politique en particulier, on ne se croit pas tenu au secret Malade, l'état de santé du malheureux sera deux fois par jour retracé sur un bulletin signé des médecins, car rarement le personnage dont il est question aura le droit d'avoir son médecin, cela manquerait de solennité. Généralement, ces bulletins sont rédigés avec une certaine modération: on se borne à constater l'état général, à manifester des craintes ou des espérances. Parfois, aussi, ces documents contiennent des détails excessifs; après les avoir lus, on ne peut conserver le moindre doute sur la nature et les particularités de la maladie, sur ces origines et sur ses conséquences, et il serait particulièrement regrettable que le malade en eût connaissance. Or, il arrive que le malade va un peu mieux et reprend ses habitudes quotidiennes, notamment celle qui est ancrée dans nos générations, celle de lire son journal. Et alors il y retrouve toute son histoire et peut apprendre des choses qui lui seront éminemment pénibles.

L'information est sans doute chose bonne en soi, mais elle devrait avoir ses limites, et l'honnête homme, fût-il un grand homme ou simplement un homme grandi par ses fonctions sociales et politiques, devrait pouvoir mourir en paix. Même après sa mort, la presse, excitée par la curiosité plus ou moins inconsciente ou malsaine du public, pourrait lui donner un dernier temoignage de commisération en n'étalant pas au grand jour le procès-verbal de son autopsie, au besoin avec planches à l'appui d'un texte où ses misères pathologiques, qui n'en a pas? sont cyniquement dévoilées. (1)

Les décisions suivantes de nos tribunaux s'appliquent *mutatis mutandis* aux médecins

L'avocat ne peut être contraint de déposer sur les faits qui lui ont été confiés à raison de son ministère

C. S. 1884, Jetté J. Ex parte Abbott, 7 L. N., 318.

La règle est bien établie que l'on ne peut permettre à l'avocat de divulguer les communications qu'il a eues avec son client dans

1) MORACHE — La profession médicale, ses devoirs, ses droits.

l'exercice de son ministère, que ses communications soient sous la forme de titre testaments, documents ou autres papiers, ou de déclarations verbale u de lettres, mémoires ou déclarations écrites. V. la note de ...étiste sous Bondy v. Valois 15 R. L., 63.

La règle est la même lorsque c'est le client qui est interrogé.

Ainsi il a été jugé: " That the managing director of a company could not be forced to produce letters written to him by the solicitor of the company touching the suit in which said company was defendant C. S. 1884 Jetté J. Ex parte Abbott, 7 L. N., 318; Rapp. Stocker . Can Pac Ry Co. 5 R. P. 117.

Le secret professionnel des avocats n'existe pas relativement à des explications ou altercations qui ont eu lieu entre les deux parties, sans précautions aucunes, hors du cabinet, en présence des avocats des parties et d'autres personnes. Ces explications et altercations peuvent n'être pas considérées comme une confidence secrète. En conséquence l'avocat, s'il est interpellé sur ces faits en justice, peut les faire connaître sans manquer à son devoir.

C. S. 1883 Mathieu J. Bulman v. Andrews, 12 R. L. 332.

" An advocate, ... in a cause, cannot refuse to declare what moneys he may have in his hands belonging to defendant in a cause, on the ground that his doing so would be a betrayal of professional confidence "

C. S. 1864. Berthelot J. MacKenzie v. MacKenzie, 9 J. 87.

" Where a plaintiff in a suit for capias was arrested for perjury and his consel in the civil suit was called to identify the accused as the plaintiff in the civil suit.—Held: that this was not a private or confidential matter, and further that the fact that the witness was also retained for the accused in the perjury case did not excuse him from answering "

C. A. 1884. Ex parte Kavanagh 7 L. N. 316.

Lorsqu'un client a déjà consenti, dans une cause, à révéler les communications par lui faits à son aviseur légal, il ne peut, dans une autre cause, invoquer le privilège consacré par l'art. 275 C. P. C. (332 n. c.) et refuser de les faire connaitre.

C. S. 1888, Mathieu, J. Black v. Gilberton, 16 R. L., 22.

La dispense de déposer (quant aux avocats et aux notaires) n'est pas applicable dans les cas où ils auraient connaissance des faits avant que la partie leur eut accordé sa confiance ou s'ils

n'avaient été consultés ou employés par elle qu'à dessein de les empêcher de déposer. (Carré & Chauveau ; Bioche).

L'obligation du secret ne cesse point d'exister, alors même que la personne intéressée déclarerait consentir à la déposition du témoin. (Carré & Chauveau).

" The communications between an insurance company and their adjuster in relation to investigation concerning a loss by fire are priviledged communications, and the company will not be compelled to produce them in a suit for the recovery of the insurance for such loss."

C. S. 1885. Jetté J. Knapp v. The City of London Insurance Co. 29 J. 233 ; 8 L. N. 80.

Le juge ne peut contraindre le secrétaire provincial de produire des documents relatifs aux affaires de l'Etat, si leur production est dangereuse pour le service public, et cette question doit être déterminée non par le juge mais par le secrétaire provincial ayant la garde des documents.

C. A. 1863. Gugy v. Maguire, 13 L.C.R. 33—R.J.R. 240.

C'est au ministère d'un département dont un employé relève, et non à la cour, qu'il apartient de décider si cet employé doit divulguer les communications qui lui sont faites en sa qualité officielle.

C. S. 1897. Andrews J. Allan v. Belleau, 1 R. P. 98

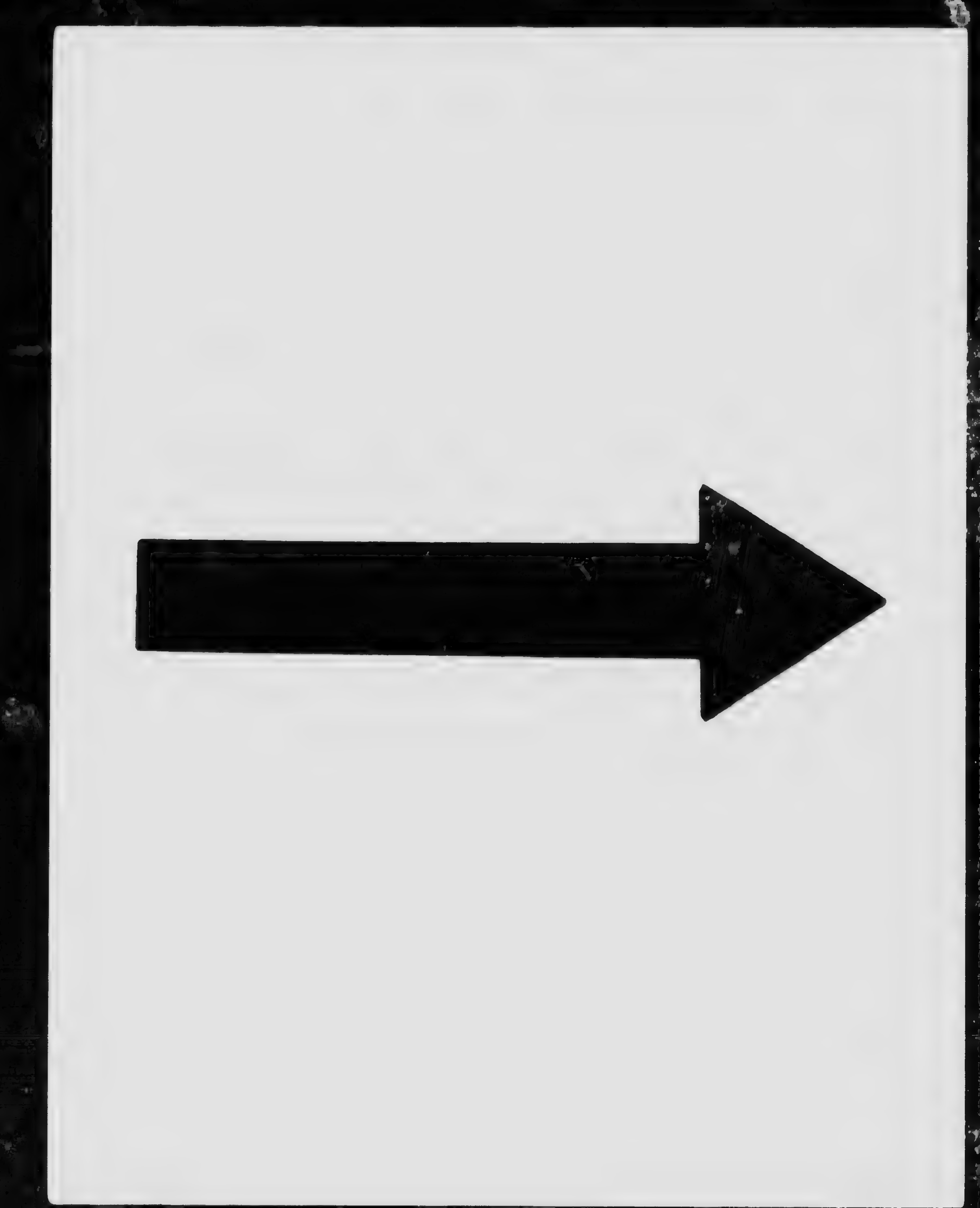
Il s'agit dans ces deux derniers arrêts du secret d'état, c'est-à-dire de choses dont la divulgation nuirait aux intérêts généraux.

L'art. 332 du code de procédure n'est pas limitatif et un maire agissant sous l'autorité de son conseil, qui engage certaines personnes à agir comme agents de police pour découvrir les auteurs de crimes commis dans la municipalité, ne sera pas tenu de divulguer leurs noms, si la condition essentielle de leur engagement était qu'ils devaient rester inconnus à raison du danger qu'ils devaient encourir s'ils devenaient connus des coupables.

C. S. 1896. Chartrand J. La ville d'Iberville v. Chevalier, 2 R. de J. 335

XI

Jadis les exceptions faites dans l'intérêt de l'état au secret



médical étaient motivées surtout par la sécurité publique; aujourd'hui l'on songe plutôt à la salubrité générale.

C'est ainsi que le Statut 1 Ed. VII, ch. 19, s. 50, 51 (1901), exige du médecin la déclaration des cas de maladies contagieuses tombés sous son diagnostic.

Au mois de juillet 1908, le recorder Dupuis, de la cité de Montréal, condamnait le Dr. T*** à $20.00 d'amende et les frais ou deux mois de prison, pour ne pas avoir rapporté un cas de diphtérie, tel que prévu par les règlements de la cité de Montréal.

Le règlement No. 315 de la cité de Montréal oblige les médecins, qui assistent à la naissance d'un enfant, à le déclarer par écrit sous huit jours au médecin officier de santé de la cité sous une pénalité pour toute contravention de $40.00 d'amende ou deux mois de prison.

Pour l'enregistrement de la naissance d'un enfant illégitime, il ne sera pas permis, dit le règlement, d'inscrire le nom du père, ,à moins que ce ne soit à la demande conjointe de la mère et de la personne qui admet être le père de l'enfant.

Au point de vue légal, est considéré comme mort-né, tout enfant venu au monde après 180 jours de gestation; c'est le temps nécessaire qour que la justice considère l'enfant comme viable.

De quatre à six mois le produit de la conception est dit *foetus*, et au-dessous de quatre mois *embryon*.

Il n'y a rien de prévu dans le dit règlement ni dans le code (art. 53a C. C.), relativement au fœtus et aux embryons.

La déclaration des décès peut soulever des questions de secret professionnel, soit comme considération de cet évènement en lui-même, soit comme divulgation, dans certains cas déterminés, des causes de la mort.

On devine qu'il n'est pas besoin de déclarer un embryon informe.

La déclaration de naissance est obligatoire uniquement pour des enfants à terme.

Par argument de l'article 221 C. C., la jurisprudence considère l'enfant comme né à terme lorsque la grossesse est de six mois.

Relativement aux déclarations de naissances, il importe de citer les articles 53a, 54 et 56 du Code Civil dont les dispositions

paraissent être généralement ignorées; ces articles édictent des dispositions très sages et il appartient à la profession médicale d'aider à leur mise à exécution: le maintien de l'ordre public dans une société est la loi suprême.

53a C. C. Le père, ou si le père est décédé ou absent, la mère, de tout enfant né, qui n'a pas fait baptiser cet enfant, ou qui, s'il s'agit des personnes d'une croyance autre que celle des catholiques romains, n'a pas fait enregistrer là naissance de cet enfant par des personnes autorisées à tenir régistres des actes de l'état civil, est tenu de faire enrégistrer cette naissance *dans les quatre mois d'icelle*, au bureau du secrétaire-trésorier, ou du greffier de la municipalité ou cité de son domicile, ou chez le juge de paix le plus proche; et ce dernier doit, dans les deux première ssemaines du mois de janvier de chaque année, faire un rapport des naissances ainsi enrégistrées par lui, au bureau du secrétaire-trésorier ou du greffier de la municipalité ou cité.

Le secrétaire-trésorier ou le greffier de la municipalité ou cité doit, chaque année, dans le mois de janvier ,transmettre un état de ces naissances au secrétaire de la province.

54 C. C.: Les actes de naissances énoncent le jour de la naissance de l'enfant, celui du baptême, s'il a lieu, son sexe et les noms qui lui sont donnés; les noms, prénoms, profession et domicile des père et mère, ainsi que des parrains et marraines, s'il y en a.

56 C. C.: Dans le cas où il est présenté au fonctionnaire public un enfant dont le père ou la mère, ou tous deux, sont inconnus, il en est fait mention dans l'acte qui en doit être dressé.

XII

Le principe du secret professionnel, pour devenir une règle de droit strict, devrait être inséré dans notre code criminel afin de le protéger et d'en punir les violations.

L'article 378 du code pénal français, cité au début de ce travail, est considéré dans son esprit la sauvegarde de l'honneur des familles; cet article se présente sous un double aspect: c'est une règle de répresion et une règle de protection. La loi, qui impose explicitement l'obligation de garder le secret professionnel, ac-

corde implicitement et par voie de conséquence la faculté de la défendre contre les investigations.

L'intention de nuire n'est pas nécessaire, le seul fait de la révélation constitue le médecin en faute.

L'intention de nuire n'était nullement exigée dans la conception traditionnelle du secret médical, et les tribunaux français jugent aujourd'hui dans le même sens. Pour s'en convaincre, il suffit de citer l'affaire Watelet, 1885, jugée en dernier ressort par la Cour de cassation: le docteur Watelet apelé à donner ses soins au peintre Bastien Lepage, son ami, puis écarté par la famille de celui-ci, se crut en butte à d'injustes soupçons dangereux pour sa bonne renommée. Désirant pour se défendre remettre les choses au point, répudiant toute intention de nuire à la mémoire de son ami il publia dans un journal des renseignements étendus sur la nature de la maladie de celui-ci, le traitement par lui prescrit, et les manœuvres qui l'avaient éloigné.

Cette publication fut la cause d'un véritable scandale. On comprit les dangers menaçant le repos des familles, en un temps où la presse possède sur l'opinion une autorité considérable, si l'on permettait sous un motif quelconque, fut-il honorable en soi, de dévoiler au public de pareilles confidences. C'est pourquoi, malgré l'absence caractérisée d'intention de nuire, le docteur Watelet fut successivement condamné par les trois degrés de juridictions devant lesquelles fut plaidée l'affaire. La jurisprudence des tribunaux français n'a plus varié depuis, et la plupart des auteurs, juristes ou médecins, s'y sont ralliés.

Sans doute, il n'y a pas secret en l'absence de tout intérêt pour le malade où sa famille a caché les constatations du médecin. Seront secrets les seuls faits dont la révélation est susceptible de nuire au client.

C'est l'application de l'article 77 du Code de Procédure civile qui dit: " Pour former une demande en justice, il faut y avoir intérêt ".

C'est un principe juridique général que toute faute, serait-ce une simple négligence ou imprudence, oblige son auteur à en réparer les conséquences dommageables (Art. 1053 C. civ.). Cette règle s'applique à l'observation du secret, qui est un cas particulier de responsabilité professionnelle.

Lors donc que la révélation par le médecin cause un dommage au client, comme elle constitue toujours une faute, le médecin se trouve obligé d'indemniser sa victime des suites de son indiscrétion.

L'existence d'un dommage est indispensable pour donner lieu à une réparation. Ainsi une parente éloignée, résidant à une grande distance de la ville où la malade a été soignée, n'éprouvant pas un dommage appréciable par suite de la divulgation des constatations faites sur celle-ci, n'a droit à aucuns dommages et intérêts.

En revanche, la preuve d'un préjudice quelconque motive suffisamment une demande en indemnité, qu'il soit matériel ou moral.

Il est des hypothèses où la révélation cause un dommage pécuniaire, par exemple, elle peut faire manquer un riche mariage, ou bien empêcher une persone (ouvrier, domestique, nourrice, etc.) de louer avantageusement des services.

Le plus souvent le dommage sera purement moral. Il consistera d'ordinaire dans l'atteinte portée à la bonne renommée d'une personne. C'est par exemple le discrédit résultant de la révélation d'une fâcheuse hérédité nerveuse, ou de honteuses maladies, de maladies mentales. Mais on en rencontre parfois d'autres; notamment des époux ont demandé une indemnité à un médecin pour les avoir brouillés l'un avec l'autre par son indiscrétion.

Toute personne ayant souffert de la révélation du secret a droit à une réparation, et cette faculté n'est pas réservée au malade lui-même. L'hypothèse se présentera surtout pour des maladies considérées à tort ou à raison par le public comme héréditaires, par exemple des maladies nerveuses. Ainsi les père et mère ont droit en principe à l'indemnité pour divulgation de la folie de leur fils, les parents collatéraux, à moins d'être tellement éloignés que nul ne songe à l'hérédité, pour révélation de la maladie nerveuse de leur parent. Il n'est pas besoin que la maladie divulguée soit héréditaire pour que les membres de la famille puissent se plaindre de sa révélation, si elle jette le discrédit sur l'un d'eux; car devant l'opinion ils sont tous liés entre eux par une solidarité d'honneur. Ainsi, un homme marié peut réclamer indemnité pour divulgation d'une maladie honteuse de sa femme

ou de la mère de celle-ci. Plus rarement, dans d'autres hypohtèses, la divulgation de la maladie d'autrui permettra au tiers de réclamer indemnité ; on peut cependant rappeler le cas où deux époux demandaient la réparation du préjudice causé en les brouillant par la révélation à l'un d'eux de la maladie de l'autre.

Il m'a suffit de vous présenter ces quelques considérations sur le secret médical, en examinant les circonstances principales de votre vie professionnelle, pour vous convaincre que toute vérité n'est pas bonne à dire, et qu'il est des cas où le mensonge devient presque une vertu.

Il semble bien qu'il devait en être ainsi pour une profession dont les membres sont appelés avec tant de vérité, " des êtres bienfaisants et consolateurs, défenseurs nés de la vie humaine ".

Le médecin qui se bornerait à obéir aux prescriptions de la loi en ce qui touche le secret médical, ne remplirait que bien imparfaitement son devoir. Comme le dit justement M. Thourdes en traitant du secret, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, " l'obligation morale est ici beaucoup plus claire que l'obligation légale, sujette à exceptions et à restrictions ".

Devant le nombre considérable des confidences faites au médecin de famille, on comprend l'utilité sociale de sa discrétion, qui de simple devoir moral, se transforme en précepte juridique et produit deux effets principaux :

Si le médecin divulgue les secrets de ses malades, il leur doit réparation de préjudice causé ; et si on l'interroge en justice, il n'est point obligé de répondre.

Brouardel, le grand maître dans l'art de bien dire, de bien enseigner et de bien guérir, conseille le silence en toute occasion ; il en fait le palladium de votre profesion. " Pour moi le silence est une règle absolue, dit-il, qui ne souffre pas d'exception.

" Le médecin est par la loi et la tradition condamné au silence ".

Le vrai principe est donc que tout est confidentiel dans les déclarations d'un malade à son médecin, indépendamment de toutes formules et par le fait même.

D'aileurs, nul n'est assez sûr de soi pour se mettre au-dessus

des lois, et la loi et vos règlements ont parlé ; ils vous ordonnent le silence.

Même pour commettre une bonne action, il ne vous est pas permis de transgresser les articles du code professionnel.

De tout ce qui précède, je conclus que vous devez être très circonspects. Si vous pouvez être responsables de vos actes, vous pouvez l'être de vos paroles ; aussi soyez-en sobres et ne les proférez qu'à bon escient. C'est le cas de vous rappeler que si

" La parole est d'argent, le silence est d'or ".

En terminant, je forme un souhait pour tous les membres de votre honorable profession ; c'est qu'ils échappent à l'application des vers suivants du fabuliste La Fontaine :

" Rien ne pèse tant qu'un secret,
Le porter loin est difficile aux dames ;
Et je sais même sur ce fait
Bon nombre d'hommes qui sont femmes '

QUELQUES CHARLATANS DU REGIME FRANCAIS DANS LA PROVINCE DE QUEBEC

—

« En médecine, le charlatanisme peut être défini, la fraude et le mensonge érigés en système pour exploiter la crédulité publique en ce qui cencerne le sentiment de la [illegible]nservation individuelle. (1)

Le charlatan est donc celui qui exerce la r[illegible]cine sans en avoir les connaissances voulues ou qui les ayant et étant en règle avec la loi se sert de moyens mensongers ou vantards pour s'attirer la clientèle.

Le charlatanisme doit être combattu, non pour le dommage m[illegible]riel qu'il peut causer au praticien honnête, mais, pour une raison d'ordre public ; parce que c'est une cause puissante de la détérioration de la santé publique.

Il y aura toujours des charlatans, mais ils seront d'autant moins nombreux que les médecins réguliers seront plus instruits et plus honorables. Remarquez bien que je ne dis pas que tous les diplômés sont des empiriques.

Je suis venu ce soir vous parler de certains charlatans qui ont fait parler d'eux pendant le régime français dans la Province de Québec.

Le premier en date est le nommé Dubok. Voici ce qu'en dit le Journal des Jésuites : — « Un nommé Dubok, soldat empy- « rique, fut invité d'aller voir les malades à Sillery, pour 3 ou « 4 jours. Il fut logé chez nous sans en rien communiquer au « supérieur (hoc male), et y demeura depuis le 20 ou environ de « novembre 1645 jusques au 22 de janvier 1646 (2). — La chose « ne réussit pas ; invisus barbaris et gallis. — Il partait égale- « ment détesté des sauvages et des français. » L'Hôtel-Dieu

1 Littré & Robin : — Dict. de Méd.

2 Jour. des Jésuites. — Nov. 27, 1645 : p. 14.

n'était plus alors à Sillery ; les hospitalières avaient déménagé le 29 mai 1644 ([1]).

Le 19 sept. 1662 un Laurent Dubocq épousa Marie Félix Ouentououen, huronne, dont une fille, Marie Anne, devint religieuse ursuline ([2]). On ne sait si c'est le même.

L'abbé Scott, avec peu de respect pour la profession, dit que Dubok était le premier médecin de Ste-Foye ([3]).

Dizy Marguerite, dit Montplaisir. Marguerite Dizy est née le 11 février ([4]) 1663 aux Trois-Rivières où résidaient ses parents, Pierre Dizy et Marie Drouillard. Plus tard elle a demeuré à Champlain.

En 1678 elle s'est mariée avec Jean de Brieux de Batiscan âgé de 29 ans ([5]). Elle eut un enfant, François, en 1678. De Brieux ou de Broyeux, est mort avant 1707, mais on ne sait où, ni quand. Dans le dossier d'un procès entre la veuve Labissonière et monsieur de Langis, on trouve le certificat suivant : « je sousiné marguerite dizy chirurgienne de Batiscan certifie a « quy il appartiendra que magdelaine louval veuve de Labissio-« nière m'est venue trouvé le quatre d'octobre mil sept cent vint « sur les neuf à dix heures du soir pleurant et gémissant pour « me montré des meurtrissures qu'elle me dit que monsieur et « madame Langis venoist de luy faire à coup de baston et d'un « nair de bœuf luy ostan ses vaches qu'elle avait prise en pen-« sion je certifie qu'elle était meurtrie et plaine de contusions « En foy de quoy jay fait et siné le présan certificat je suis « prette d'affirmer son serman a Batiscan ce onzième avril mil « sept cent trante. »

MARGUER[illegible] VEUE DE BRIEUX. ([6])

Marguerite avait une certaine instruction, son certificat en témoigne, mais on ne sait pourquoi elle s'appelle chirurgienne.

---

1 Casgrain. — Hist. de l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang, Québec.
2 Jour. des Jésuites. — Sept. 19, 1662 ; p. 312.
3 Scott. — Notre-Dame de Ste-Foye ; vol. 1, p. 191.
4 Tanguay : Dict. Général, vol. 1, p. 196.
5 Tanguay : Dict. Général, vol. 1, p. 93.
6 Documents du Régime Français—aux archives de la rue Cook, Québec.

Ni son père ni son mari étaient connus comme chirurgiens. On apprend qu'en 1688, de Brieux est parti de Batiscan, pour aller faire la traite dans l'ouest, où il est resté pendant plusieurs années ; mais Marguerite ne s'ennuyait pas. Elle fit la connaissance d'un nommé François Desjordy, capitaine reformé d'un détachement de la marine qui résidait à Champlain. Ils vécurent ensemble pendant plusieurs années au grand scandale des gens de bien de la région. On avait essayé tout espèce de moyens pour faire cesser cet état de choses. Finalement, en 1693, le gouverneur de Vaudreuil, cédant aux instances réitérées de Mgr de St. Valier, envoya Desjordy à Sorel. En janvier 1694, l'évêque, se rendant à Montréal, apprit que le capitaine revenait à Batiscan et que le scandale allant recommencer. Il résolut de frapper un grand coup. Le dimanche, 9 février 1694, après les prières du prône dans les églises de Batiscan et de Champlain, les curés de ces paroisses lurent un mandement qui prononçait une sentence d'excommunication majeure contre les deux amoureux. Par cette sentence l'entrée de l'église leur était interdite et ils étaient signalés comme devant être évités par les paroissiens. Aussi la veuve de Brieux se plaint-elle au Conseil Souverain qu'elle est dans l'impossibilité de trouver quelqu'un qui consente à lui servir de procureur ([1]). Une semaine après la publication de ce mandement, le capt. Desjordy se rendant de Sorel à Québec, s'arrêta à Batiscan et se rendit à l'église pour assister à un service ; aussitôt qu'il fut entré le curé qui célébrait interrompit le Saint-Sacrifice quitta l'autel et se retira dans la sacristie ([2]). Desjordy et Marguerite s'adressèrent au Conseil Souverain pour obtenir de l'évêque réparation d'honneur ; mais ils n'ont jamais rien obtenu ([3]).

M. de Denonville écrivant au ministre dit : « Nous avons « dans le pays, un certain nombre de garnements, surtout de « mauvaises femmes, qui vivent comme des malheureuses. En « vérité, Monseigneur, c'est la perte de toute la jeunesse du « pays (4). »

1 Juge. et Déliberations. vol. III. p. 854.
2 Lettre de Champigny au ministre ; Gosselin : Henri de Bernières, p. 141.
3 Gosselin : Mgr de St Valier et son temps.
4 Gosselin : Mgr de St Valier et son temps.

Les archives en font connaître plusieurs, — la Dizy-Brieux, la dame de Freneuse, la Réaume (Thérèse Catin) et la Beloyet.

Marguerite Dizy a été enterrée à Batiscan, le 22 octobre 1730 (1).

PHLEM YVES

Dans la première moitié du XVIIIe siècle, demeurait à Sainte-Anne de la Pérade un charlatan du nom de Yves Phlem qui se disait chirurgien et qui avait acquis une réputation qui s'étendait à toute la colonie.

Phlem Yves, dit Yvon. — Fils de Guillaume Phlem et de Marguerite Pervine, de St-Jean-de-Morlaix, diocèse de Tréguier, Basse-Bretagne. (2)

Se marie le 8 avril 1724, à Sainte-Famille, I.O., avec Marie Levreau, âgée de 29 ans, fille de Sixte Levreau ou Lereau et de Reine Deblois, de Ste-Famille, I. O. (3) Huit enfants naquirent de ce mariage. L'aîné fut baptisé à St-Nicolas les autres à Ste-Anne-de-la-Pérade.

Phlem est mort et a été enterré à ce dernier endroit le 27 septembre 1749. Voici ce qu'il dit de lui-même.

Il est né dans la ville de Morlaix, Basse Bretagne. Adolescent, on lui a appris à saigner, à panser des blessures et plusieurs remèdes pour guérir différentes maladies. Il fit d'abord des progrès dans l'art qu'on voulait luy enseigner. L'expérience le perfectionna et luy acquit une bonne réputation. L'inclination de naviguer qui est naturelle aux bretons le détermina à s'engager à St-Malo pour venir au Canada sur un vaisseau adressé au Sieur Prat dit Duprat, (c'était probablement Louis Duprat qui était capitaine du port de Quebec) (4). En arrivant ici il essuya une grande maladie qui le laissa dans un triste état.

Il est impossible de dire combien il luy fut difficile de pouvoir subsister dans les commencements. La science qu'il avait acquise et qui était la seule que la Providence luy avait accordée

---

1 Tanguay : Dict. Généal. vol. I, p. 186.
2 Tanguay : Dict. Généal. vol. VI, p. 342.
3 Tanguay : Dict. Généal. vol. V, p. 355.
4 Tanguay : Dict. Général , vol. III, p. 550.

luy était inutile parce qu'il n'entendait que le breton. Cependant comme le bon Dieu procure toujours les moyens nécessaires à ceux qui vivent selon ses préceptes, son ignorance de la langue française ne fut pas un obstacle pour empêcher beaucoup de personnes de s'adresser à luy dans différentes maladies, ce qui le fit connaître et luy procura une réputation surtout pour les chancres où il a fait des cures considérables connues dans toute l'étendue de la colonie. En 1725 il s'était fixé à Ste-Anne-de-la-Pérade, où il était aimé et respecté par tous ses coparoissiens et généralement par tous ceux qui le connaissaient. Comme chirurgien sa réputation était très étendue dans le pays. Il en fut ainsi jusqu'en 1735 quand il rencontra « Jean Bilaudeau, un cultivateur qui demeurait dans la paroisse et la Cotte St-François, lille d'Orléans.

Jean Bilodeau était cultivateur, père de huit enfants et avait pour femme Marie Turgeon de St-Etienne de Beaumont (1). Le dit Bilodeau « *avait un lèpre de chancre très avancé qui luy avait déjà mangé la lèvre basse bien avant du côté gauche.* »

Il y avait à St-Jean, I. O., dans le même temps un chirurgien habile, Jean Mauvide qui soigna Bilodeau pendant plusieurs mois « et qui voyant que le mal estoit oppiniâtre et que la mau- « vaise disposition du sujet empêchait l'efficacité des remèdes, « informa Bilodeau de sa mauvaise situation. » Celui-ci prit le parti de venir à Québec consulter le Sieur Berthier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu et le frère Jésuite Boispineau, Jean, Jard, qui l'un et l'autre lui dirent « *qu'il n'avait point de ressource dans « sa maladie, laquelle ne finira qu'avec sa vie.* »

Bilodeau se voyant ainsi condamné chercha ailleurs et s'adressa à Phlem dont il avait entendu parler. Celui-ci l'encouragea et lui promit de le guérir. Phlem avait l'habitude de prendre en pension chez lui les malades qui demeuraient au loin et qui avaient besoin de soins constants. Bilodeau se rendit donc à Ste-Anne de la Pérade où il arriva le 16 septembre 1735. Le même jour, accompagné de Phlem, il se rend chez le curé de la dite paroisse de Ste-Anne et lui demande de mettre par écrit une convention qu'il veut faire avec Phlem. Alors le curé en

1. Tanguay : Dict. Généal., vol. II, p. 282.

présence des deux partis, de monsieur de la Pérade, seigneur du dit Ste-Anne et du Sieur Joseph Gouin, capitaine de milice de la dite côte, comme témoins, met par écrit les engagements de chacun comme suit : « *Le Chirurgien* s'oblige de *soigner le dit* « *Bilodeau de son mieux jusqu'à* la quantité de temps de 6 mois « consécutifs à commencer le 16 septembre 1735, *à moins que le* « *dit malade ne soit* guéri plus tôt. Le chirurgien, de plus, s'oblige « à fournir pendant les six mois toute la nourriture nécessaire, « aussi la boisson qu'il luy faudra tant pour la plage que pour « celle qu'il luy faudra boire et de plus de blanchir le dit malade, « de lui fournir tous autres soins convenables et nécessaires à sa « maladie et en *outre* s'oblige le dit chirurgien envers le dit « Bilodeau de tous dépens, dommages et intérêts—d'être assidu « à le panser deux fois par jour. Le dit Bilodeau s'oblige luy et « tous ses biens meubles et immeubles à *lui* appartenant, de « payer au dit Phlem pour ses peines, soins et fournitures cy « dessus dans tout l'espace de six mois, la somme de cinq cents « livres : Savoir deux cents livres en marchandises sèches, au « prix du magasin, le premier oct. 1735 ; cent cinquante livres « le 1er oct. 1736 ; la balance, cent cinquante livres en monnoie « le premier oct. 1737. Fait au dit Ste-Anne, au défaut de notaire « en cette cotte, les jour et an que dessus en présence des dit « sieurs susnommés et soubsignés, *le dit Phlem, chirurgien et* « *Jean Bilodeau ont déclaré ne scavoir signer* requis. A. Longval **de la Peyrade,** Joseph Gouin et J. Voyer prêtre avec paraphe. »

Le 25 mars 1736 **cette convention** a été ratifiée et entrée dans les minutes du notaire Pollet.

Après huit mois de séjour chez Phlem, Bilodeau partit le 10 mai 1736 pour un monde meilleur. La veuve refusa de payer d'où procès devant la provosté de Québec, entre Phlem et Marie Turgeon veuve Jean Bilodeau.

Dans sa décision le Procureur du Roi déclare la convention entre Phlem et Bilodeau nulle, attendu que le demandeur n'a aucune qualité de chirurgien et qu'il ne peut être reconnu pour tel *mais* ayant égard au temps de huit mois qu'il a gardé chez luy le dit feu Bilodeau et qu'il l'a alimenté nous luy accordons pour les dits aliments la somme de 120 livres à raison de 15 livres par mois, sur laquelle lui sera précompté celle de 100

livres par luy cy-devant reçue. *Faisons défense au dit demandeur* de prendre à l'avenir la qualité de chirurgien et d'en faire les fonctions qu'il n'ait été approuvé par les médecins et chirurgien du Roy dans ce pays et cela à peine d'amende arbitraire. Fait et donné par nous Pierre André, ecuyer, Sieur de Leigne Cons. du Roy et son lieut. gén. civil et criminel au siège de la Prévosté de Québec ; le vendredi, 15 mars 1739.

Signé BOISSEAU. (1)

Phlem en appelle de ce jugement.

Dans son plaidoyer il dit : Depuis douze ans qu'il est établi à Sainte-Anne où il fait au contentement général la fonction de chirurgien, y saigne, pence et donne des soins à tous ceux qui s'adressent à luy comme il est obligé. Dès qu'on a un talent on doit le faire valoir sans quoy on pourrait m'appliquer la parabole du Sauveur du monde et qu'il dit contre celui qui avait caché ce qu'on luy avoit donné et qui se contenta de le représenter lorsque le maître luy en demanda compte. Il en fut puni, est-il dit dans l'Evangile, par sa privation. C'est dans ces sentiments. dont l'appelant est pénétré qu'il auroit cru manquer à son devoir s'il ne s'était rendu utile à ses concitoyens dont il a mérité l'approbation et la protection de Messeigneurs les Intendants qui ont la Police de cette colonie et qui depuis nombre d'années qu'ils ont connaissance que l'appelant y exerce publiquement les fonctions de chirurgien, ne luy ont pas défendu cependant.

Il n'y avait pas, dit-il, de raison pour empêcher l'appelant de faire les fonctions de chirurgien dans une campagne éloignée de près de 20 lieues de cette ville, hors l'étendue de la Prévosté.

De plus Phlem présenta au Conseil le procès Verbal fait par Jean Pollet, le notaire de l'endroit, d'une assemblée tenue le 22 mars 1737, à Ste-Anne de la Pérade, à laquelle assistaient le curé, le seigneur et tous les habitants de la paroisse pour déclarer leur confiance dans le Dr Phlem et témoigner de sa bonne réputation comme chirurgien. Le Dr fournit aussi un

---

1 Documents du Régime Français aux Archives Judiciaires de la rue Cook, Québec.

grand nombre de certificats assermentés de personnes qu'il avait guéries de cancers. Entre autres, il y avait celui d'un nommé Grenier, dont le noviciat chez les Jésuites était terminé depuis quatre mois et que ces pères n'ont pas voulu garder parce qu'il avait sur la joue un cancer que Sarrazin et Boispineau avaient déclaré incurable. S'il faisait ouvrir cette tumeur, disait Boispineau l'ancien, il mourrait vite tandis qu'en la laissant faire il vivrait plus longtemps. Grenier part pour Montréal, mais ayant entendu parler de Phlem il arrète à Ste-Anne de la Pérade où encouragé par lui il demeure trois mois et part guéri.

Phlem lui avait fendu la tumeur et avait enlevé une partie de l'os de la joue.

Le samedy, 13 avril 1737—Il y eut assemblée du Conseil Supérieur pour rendre jugement dans la cause de Ives Phlem, se disant chirurgien, établi sur le fief de Ste-Anne près Batiscan, appellant de la sentence rendue en la prevoté de cette ville, le 15e mars dernier, comparant, par Me Jean Latour, notaire royal, d'une part, et Marie Turgeon, veuve de feu Jean Bilodeau, vivant habitant de l'Isle et Comté de St-Laurent, intimée, comparante, par Jean LeRoy, d'autre part. Le Conseil met l'appellant à néant, mais condamne la veuve à payer à l'appellant, pour logement et nourriture, de feu Bilodeau, pendant huit mois, la somme de cent-quatre-vingt livres et aussi 30 livres que Bilodeau a empruntées à un nommé Gariépy et que Phlem a payées. De plus le dit Appellant sera tenu de prendre seulement des lettres de chirurgien de Sieur Jourdain Lajus, lieutenant du premier chirurgien du Roy.

Le curé, le seigneur et les habitants de la paroisse de Ste-Anne de la Pérade, qui ont tenu l'assemblée susdite sont reprimandés et défense leur est faite de tenir des assemblées semblables sans permission. Les notaires ne doivent pas signer les procès-verbaux de ces assemblées (1).

Je n'ai pu trouver nulle part que Phlem ait eu ses lettres de chirurgien.

Cela ne l'a pas empêché de continuer à soigner ni même de

---

1 Jug. et Délibérations du Conseil Supér., vol. XV, p. 47.

prendre des malades chez lui, car on voit que Nicolas Marion meurt chez Phlem à Ste-Anne de la Pérade, en juillet 1738 (1). Paul Desmarets meurt d'hydropisie dans la même paroisse, en 1739, après avoir été soigné par le même (2).

En 1742, Gabriel Desmaisons est mort, hydropique, à Ste-Anne-de-la-Pérade, sous les soins de Phlem (3).

LA MAGDELAINE

Au commencement du XVIIIe siècle vivait à Québec, un cordonnier, Gilles François Paris, mieux connu sous le nom de La Magdelaine. Il était fils de Jean Paris et de Françoise Crevier, de St-Meir, diocèse de Dole, dans la Franche-Comté (4).

Il s'est marié à Lévis, le 7 juin 1702, avec Marie Louise Charpentier, âgée de 31 ans, fille de Jean Charpentier et de Barbe Renault, de la ville de Québec (5). Madame Paris avait une dévotion spéciale à St-Crispin et une prédilection pour les cordonniers, car quand elle devint madame Paris, la Magdeleine — il y avait 17 mois qu'elle était veuve de François Pélisson (6) cordonnier, de cette ville, par qui elle eût cinq petits Pélissons — Huit enfants naquirent de son mariage avec Paris. — Elle est morte à Québec, en 1739, âgée de 68 ans.

Pélisson est mort le 5 décembre 1700 probablement de la grippe qui sévissait alors. (Le Dr Timothée Roussel est mort de la même maladie, le 11 du même mois, après avoir été pendant 30 ans médecin de l'Hôtel-Dieu.—)

Madame la Magdelaine avait habitude de soigner les malades ; cela se voit par un procès qu'elle eut avec Etienne Charest.

Le 10 septembre 1714, Paris présente à M. le Lieutenant particulier, civil et criminel, en la prévosté et l'amirauté de Québec, la supplique suivante :

« Supplie humblement Gilles François Paris, dit la Magde-
« laine, cordonnier en cette ville, faisant tant pour luy que pour

1 Tanguay : Dict. Généal., vol. V, p. 515.
2 Tanguay : Dict. Généal., vol. III, p. 383.
3 Tanguay : Dict. Généal., vol, III, p. 381.
4 Tanguay : Dict. Généal., vol. VI, p. 251.
5 Tanguay : Dict. Généal., vol. I, p. 118,
6 Tanguay : Dict. Généal., vol. I, p. 469.

« Marie Louise Charpentier sa femme ». Il expose que : « l'au-« tomne dernier le Sieur Estienne Charest estait detenu en cette « ville par une méchante maladie, dans son lit, bien malade. La « femme du suppliant voiant l'épouse dn dit Sieur Charest sur « sur le pas de la porte de son logis toute en pleurs luy demande « la cause de son chagrin à quoy elle répondit à la femme du « suppliant que « son mary estoit sauf respec, bien malade du « flux de ventre et que les sirrugiens ne pouvait pas luy donner « de soulagement. A quoy la femme du suppliant luy dit : « Madame, si monsieur votre époux veut je le guerirai à peu de « fres. Ce que voiant elles entrèrent dans le logis et parlèrent « au dit Sr Charest qui luy dit : Madame La madelaine si vous « me guérissez je vous donne cent eque dont elle convient et « promit de la guérir avec l'aide de Dieu à condition qu'il ne « pendrait aucun remède des Sirrugiens à quoy il convint et luy « promit devant témoins de Rechef la dite somme de trois cents « livres. Même depuis qu'il a esté guery il ast avoué que la « femme du dit suppliant l'avait parfaitement guery et qu'il « voulait la recompenser. Et c'est ce que le dit Sieur Charest « desavoue au jourd'hy avec la somme de vingt trois livres que « le dit suppliant luy a fourny en travail et autre chose comme « il paroist par son mémoire cy attaché, des quelles Sommes de « 323 livres le dit suppliant n'a pu recouvrir paiement quelque « demande qu'il en ait pu faire. C'est ce quy l'oblige d'avoir « recours à vôtre esquitable justice pour le faire rembourser » (1).

La Magdelaine perdit son procès, car Charest fit serment qu'il n'avait jamais rien promis à la femme du suppliant. D'ailleurs Paris avait d'autres affaires avec Charest qui était tanneur et marchand. Peut-être Paris voulait-il payer ainsi un billet de 400 livres qu'il devait à Charest, qui était Seyneur de Lauzon et un homme important.

« En 1668, Bissot fonda la première tannerie à Lévis, et fit « venir de l'Ile d'Orléans les deux frères Charest qui étaient

---

1 Documents Regyme Français aux archives judiciaires de la rue Cook, Québec.

« tanneurs. Deux ans plus tard, il maria sa fille Catherine à « Etienne Charest et le prit comme associé. Après la mort de « Bissot, c'est Charest qui géra la tannerie. On y préparait des « peaux de vache, veau, mouton, loup-marin, marsouin, etc., etc. « Charest est mort en 1699, et son fils, Etienne, celui contre « lequel la Madelaine avait une réclamation, lui succéda. A un « moment donné il voulut commander le marché et pour y arri- « ver avait engagé à long terme plusieurs cordonniers et se mit « à fabriquer la chaussure à son établissement de Lévis. Il ne « vendait des peaux qu'à des prix exorbitants et les cordonniers « allaient être forcés à fermer boutique — quand ils s'adressèrent « au Conseil Supérieur. Par l'ancienne loi française chaque « métier avait ses privilèges que l'on ne pouvait enfreindre im- « punément. Tout était règlementé de façon à ce que chacun « put gagner sa vie. Ainsi dans la Colonie il fut réglé par « ordonnance que les bouchers devaient vendre leurs peaux aux « tanneurs. La fabrication de *souliers sauvages* était permise à « tout le monde, mais pour ceux que l'on appelait *souliers fran-* « *çais*, le monopole en était réservé aux cordonniers. Afin d'em- « pêcher l'accaparement des industries, une autre ordonnande « défendit aux tanneurs de prendre chez eux aucune personne « du métier de cordonnier. Le Conseil Supérieur donna juge- « ment contre Charest et l'obligea d'apporter à la ville tous les « cuirs convenables et de les distribuer aux cordonniers à des « prix fixés par les experts (1).

Charest, âgé de 37 ans, se maria en février 1713, avec Anne Thérèse Duroy qui n'en avait que 18 et qui après avoir eu 4 enfants, mourut en 1719, d'une affection puerpérale une semaine après la naissance de son dernier enfant (2).

En 1730, Charest acheta de Pierre Trottier Desaulniers, négociant, sa maison dans la rue Sous-le-fort, où il installa un grand magasin. Il avait pour voisin le Dr Jourdain Lajus (3).

M.-J. AHERN

---

1 Roy : Hist. de la Seig. de Lauzon, vol. I, p. 376.

2 Tanguay : Dict. Généal., vol. III, p. 7.

3 Roy : Hist. de la Seign. de Lauzon, vol. II, p. 129.

RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA TUBERCULOSE

Albert Laurendeau, St Gabriel de Brandon.

—

Messieurs,

Comme œuvre de ralliement, de confraternité, je ne sais rien de plus puissant que nos « Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord ». Dès l'origine, j'ai saisi cette idée avec enthousiasme et depuis j'y ai donné tout mon concours, toute ma bonne volonté, tout le travail dont j'étais capable.

A cette œuvre de groupement, de centralisation, de direction, j'ajouterais volontiers de médecine abstraite, j'avais cru pouvoir ajouter un organisme pratique, congret, actif, exécutif en quelque sorte des manifestations, des propositions de nos assemblées. A cet effet, vous vous rappelez qu'à l'issue de nos réunions à Trois-Rivières, sept congressistes et un représentant de chaque société médicale de la province, ont été nommés pour constituer une commission permanente, ayant pour objet de donner corps aux vœux exprimés alors à l'unanimité. J'ai eu l'honneur d'avoir été choisi Président de cette Commission et je vous présente mon rapport conformément à l'article suivant, adopté à notre première réunion le 26 septembre 1906, lequel se lit comme suit : « La présente Commission et ses officiers « demeureront en office jusqu'au prochain Congrès, lequel se « tiendra à Québec en 1908. Après avoir fait rapport de son « travail, elle sera dissoute ou réorganisée par le dit Congrès, au « gré de ce dernier ».

Notre commission s'est donc mise à l'œuvre comme je viens de vous le dire, le 26 septembre 1906, et avec toute l'ardeur, toutes les illusions de la jeunesse, elle s'est attaquée à la plus

---

1 Cette petite communication proposée pour le Congrès 1908 à Québec n'a pas été lue.

meurtrière des affections humaines : j'ai désigné la tuberculose. Nous avons pris comme objectif la création de sanatoriums et de dispensaires populaires, pour les tuberculeux indigents, conformément aux vœux unanimement exprimés par les membres du dernier Congrès. Nous nous proposions de faire appel aux gouvernements, aux municipalités, aux mutualités, de même qu'aux initiatives privées ; et de grouper ces concours pour le succès de nos projets. Sous notre inspiration, des femmes dévouées ont fondé dans le district de Joliette une association qui s'est donnée pour mission : « d'instruire le public sur les « dangers de la tuberculose et sur les meilleurs moyens de « l'éviter, et d'aider la Commission de la tuberculose à se créer un « fonds pour ériger des sanatoriums et des dispensaires dans la province de Québec ». Dans l'esprit des fondatrices de « l'Association des Dames Patronesses des tuberculeux, » cette institution devait s'étendre à toute la province ; malheureusement elles en furent empêchées, malgré leur bonne volonté, leur zèle, leur dévouement. Je n'ai pas besoin de vous dire Messieurs, que sans la protection, ou au moins la bienveillance du clergé, il est matériellement impossible de créer une œuvre viable de ce genre, du moins dans nos campagnes : c'est ce que Madame la Présidente de cette société philanthropique avait bien compris ; et à cet effet, elle s'est adressée à l'évêque de notre district, lui demandant son patronage. Monseigneur desira être renseigné sur notre commission, nos projets, etc. Je me mis à son entière disposition, je lui transmis les procès-verbaux de nos réunions, je lui fournis toutes les explications dont j'étais capable, puis je terminai en ajoutant : « Nous ne demandons pas que le clergé « fasse des sacrifices pécuniers, car vous me l'avez fait comprendre, Monseigneur, il a déjà de lourdes responsabilités pour « maintenir et parfaire les œuvres dont il s'est chargé ; nous « demandons simplement, au nom des Dames Patronesses, votre « bénédiction pour l'œuvre qu'elles édifient dans l'intérêt de nos « pauvres tuberculeux ».

Après quelque mois de vaine attente, Madame la Présidente m'exposa que le public en général comprenait et appréciait le mouvement humanitaire qui les guidait, que la commission de la tuberculose, de même que sa filiale, l'Association

des Dames Patronesses des tuberculeux, avaient des sympathies, des admirations dans tous les rangs de la société ; mais que pourtant, des influences occultes et décourageantes paralysaient complètement leur bonne volonté. Elle-même me disait-elle, n'avait pu obtenir l'autorisation morale de faire le moindre travail dans sa paroisse, en faveur de notre Commission. Je compris dès ce moment que notre projet tel que constitué, était voué à la stérilité, et alors j'ai réellement souffert de la fuite de mes illusions. J'avais naïvement cru que la grandeur des motifs humanitaires de notre fondation attirerait tous les concours sans arrière pensée, sans distinction de races, de castes ou d'opinions ; j'avais compté que les gouvernements, les municipalités, les mutualités, toutes les classes, toutes les hiérharchies de notre province nous appuieraient de leur influence, de leurs deniers. J'avais projeté de faire de notre Commission une autorité couvrant toute la province, afin d'unifier, de régulariser, de généraliser la lutte contre le mal tuberculeux ; j'avais rêvé de grouper en un faisceau compact les dévouements, les compétences professionnels ; mais ces visions se sont évanouies au contact de la réalité.

Messieurs, nous nous présentons à vous les mains presque vides : notre actif en caisse se monte à $150.00, que nous devons en grande partie au dévouement trop tôt arrêté des Dames Patronesses. Je me fais aussi un devoir de mentionner les Sociétés médicales de Joliette, du district d'Ottawa, ainsi que les Forestiers Catholiques, qui ont contribué à ce fonds, à raison de leurs moyens. Notre passif, se chiffre par zéro ; nous ne laisserons donc pas de charges à nos successeurs.

D'autre part, le travail que nous avons fait se résume à peu de chose. Mes collègues ayant émis l'opinion que notre Commission devait se faire ériger en corporation par la Législature, et se faire donner tous les pouvoirs et privilèges nécessaires au succès de notre fondation, j'ai préparé un projet de charte à cet effet. Cette charte étant à peu près l'unique héritage que nous pouvions laisser à nos successeurs, et le Congrès actuel ayant d'abord été remis en 1909, nous ne nous hâtions pas d'en faire faire l'adoption par la Chambre ; mais lorsque nous avons été informés que les fêtes du troisième centenaire auraient lieu en

1908, ce qui amenait nécessairement la réunion simultanée de notre Congrès, nous avons immédiatement fait les démarches nécessaires pour l'adoption de notre acte par la députation. Je me suis adressé au député du comté de Berthier, M. Jos. Lafontaine qui s'est mis à notre disposition avec beaucoup de zèle. Malheureusement, les délais pour la présentation d'une loi à la Législature étant expirés, nous ne pûmes qu'obtenir des promesses de faveur pour l'avenir. Et si ceux qui nous succèderont donnent suite à nos projets, ils pourront compter sur la bonne volonté du Premier Ministre et sur le dévouement du député de Berthier, comme en fait foi, la lettre suivante :

DR. A. LAURENDEAU,

St. Gabriel de Brandon,

Mon cher Docteur,

Après avoir fait avec ton confrère Jobin toutes les démarches possibles et impossibles pour obtenir que ton bill puisse marcher cette année, il nous a été impossible de réussir, vu qu'il n'y avait pas d'annonces de faites. Le seul succès obtenu, c'est que, à une autre session, le Premier Ministre nous a promis que l'honoraire payé vous serait remis.

Bien à toi,

JOSEPH LAFONTAINE.

Maintenant, Messieurs, il ne me reste plus qu'un devoir à remplir. Vous avez compris sans doute, que dans notre Commission, j'ai été un embarras, le poids lourd qui ralentit la marche vers le succès. Si vous décidiez de maintenir la Commission de la tuberculose, il vaudrait peut-être mieux que je n'en fasse pas partie ; mais en tout cas, si j'y reste, j'en veux être le plus humble, le plus effacé des membres : ce qui ne m'empêchera pas d'y mettre quand même tout mon travail, tout mon dévouement. Je n'ai ni rancune, ni animosité, je ne ressens que de la tristesse.

Mais si le Congrès ne réussit pas à édifier l'œuvre que je rêvais de fonder son son égide, nos tuberculeux pauvres ne seront pas, je l'espère du moins, complètement abandonnés leur

sort. Il existe, vous le savez, une ligue anti-tuberculeuse ; elle réussira probablement, parce qu'elle ne rencontrera pas les obstacles que je n'ai pu écarter de notre route. Quoique je ne sois pas chauvin, et que nul plus que moi ne reconnaisse le cosmopolitisme de la science, de la charité, de la philanthropie, je donnais cependant tout mon cœur à cette œuvre canadienne-française, expression de nos Congrès de médecine de langue française. J'avais trop présumé de mes forces et du sentiment public.

Pour terminer, Messieurs, j'offre mes remerciements aux membres de la Commission, mes collaborateurs.

TABLE ALPHABETIQUE

DES AUTEURS AYANT FAIT DES COMMUNICATIONS

TABLE DES MATIERES

—